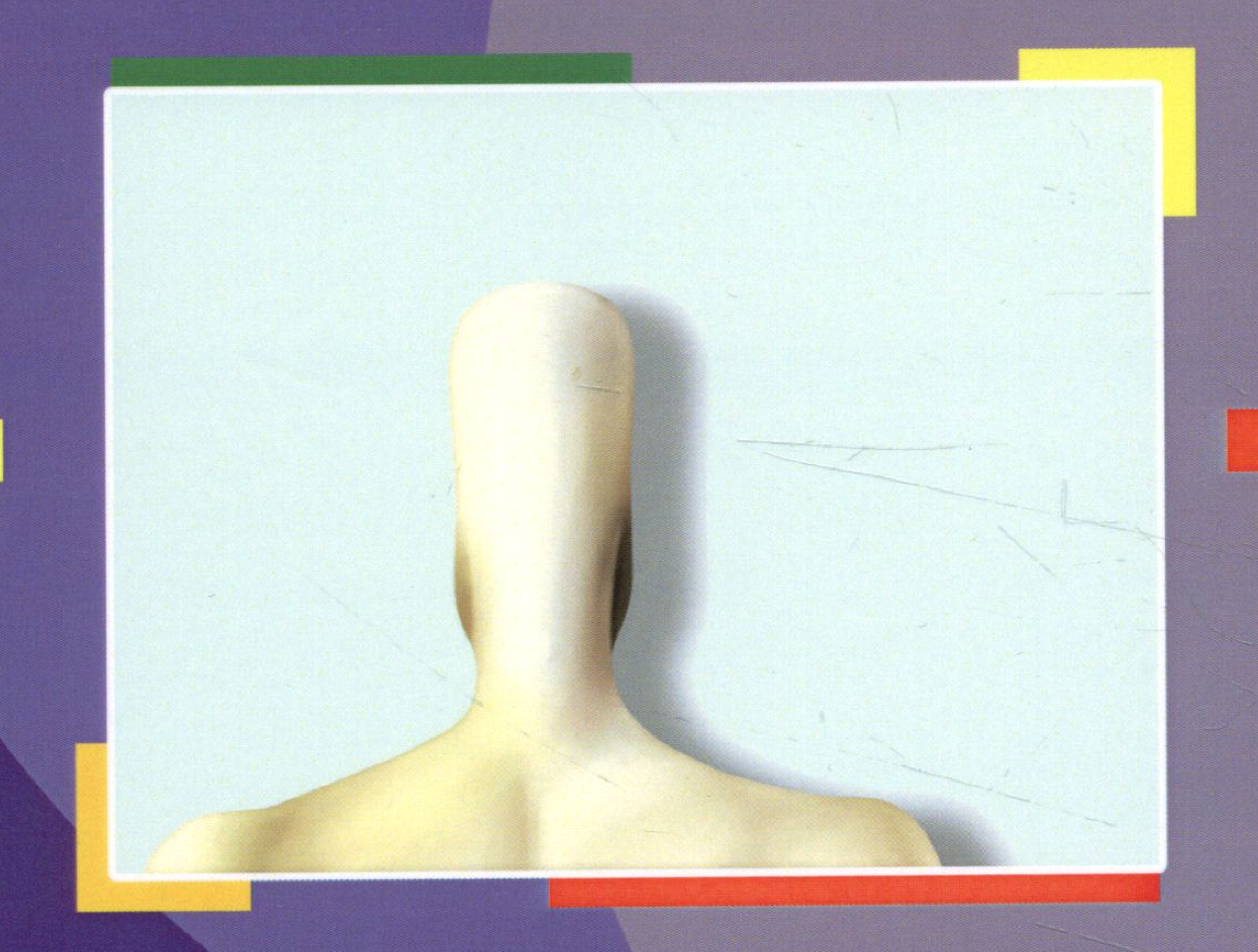
دراسات الطفولة والصحة النفسية

المشكلات النفسية لدى الأبناء المراهقين



دكتورة/ ريهام عبد الرازق سالم



المشكلات النفسية
لدي الأبناء المراهقين
ذوي الأمهات المضطربات وجدانيا
(اضطراب وجداني ثنائي القطب)

تأليف

دكتورة/ ريهام عبد الرازق سالم إبراهيم

الناشر

المكتب العربي للمعارف

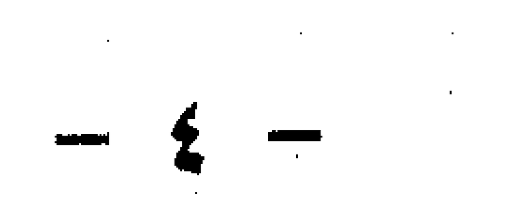
عنوان الكتاب: المشكلات النفسية لدي المراهقين
اسم المؤلف: دكتورة/ ريهام عبد الرازق سالم
تصميم الغلاف: شريف الغالي

الناشر
المكتب العربي للمعارف
٢٦ شارع حسين خضر من شارع عبد العزيز فهمي
ميدان هليوبوليس – مصر الجديدة – القاهرة
تليفون/ فاكس: ٢٦٤٢٣١١٠–٠١٢٨٣٣٢٢٢٧٣
بريد إلكتروني: Malghaly@yahoo.com

الطبعة الأولى أكتوبر ٢٠١٣

رقم الإيداع: ٢٠١٣/١٧٢٦٢
الترقيم الدولي :-I.S.B.N. 978-977-276-690-1

المشكلات النفسية
لدي الأبناء المراهقين
ذوي الأمهات المضطربات وجدانيا



تمهيد

أشارت نتائج العديد من الدراسات أن أبناء المرضى العقليين مقارنة بالعينات المعيارية هم أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية والسلوكية والاضطرابات العقلية، وأن أبناء المرضى بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب معرضون لتطور هذا الاضطراب بشكل رئيسي، وأنواع أخرى من الاضطرابات المختلفة في مرحلة المراهقة عبر العديد من المشكلات التي تعد منبئة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وان دراسات قليلة هي التي تناولت هؤلاء الأبناء في عمر المراهقة.

الهدف: الكشف عن المشكلات النفسية المنبئة بالاضطرابات اللاحقة لدى المراهقين من الجنسين في المرحلة العمرية من (١٢-١٨)، أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، والكشف عن الفروق في هذه المشكلات، تبعا للجنس، أو النوبة الحالية لاضطراب الأم، وعلاقتها بالنوبة الحالية لدى الأم، وتمييز درجة وترتيب المشكلات من كونها أعراض أو اضطرابات، بالإضافة إلى التحليل العاملي لفحص البناء العاملي للأبعاد الفرعية، وعلاقتها مع بعضها على مستوى العوامل، للخروج بزملات مرضية استنادا على الأساس النظري للمقياس المستخدم.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (١٧٢) مراهقا ومراهقة، و(١٧٢) من أمهاتهم المرضى بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، بينهم (٨٢) أبناء لأمهات في نوبة الهوس و(٩٠) أبناء لأمهات في نوبة الاكتئاب، مقارنة ب (٨٨) مراهقا ومراهقة من أبناء الأمهات العاديات.

الأدوات: تم استخدام قائمة الأعراض المعدلة(SCL-90-R) تعريب وتقنين أ.د/ عبد الرقيب أحمد البحيري، مقياس بيك للاكتئاب (BDI-IA)الصورة المختصرة، إعداد أ.د/ غريب عبد الفتاح

غريب، مقياس تقدير حالة الهوس (MSRS) ترجمة وتقنين/المؤلفة.

النتائج: وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠،٠١) لصالح أبناء الأمهات المضطربات في كلا من: (الأعراض الجسمية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية، مؤشر الشدة العام، مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية)، بينما لا توجد فروق بين المجموعات الثلاث في الوسواس القهري، مع ارتفاع متوسطات مجموعة المراهقين أبناء الأمهات في نوبة الهوس، عن مجموعة المراهقين أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب، وارتفاع متوسطات أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب عن أبناء الأمهات العاديات.

- وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠،٠١) بين متوسطات درجات الذكور، ومتوسطات درجات الإناث أبناء الأمهات المضطربات في قائمة الأعراض المعدلة ومقياس تقدير حالة الهوس، وقد ارتفعت متوسطات الإناث عن متوسطات الذكور في كلا من: (الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، قلق الخواف، بينما ارتفعت متوسطات الذكور عن متوسطات الإناث في كلا من: العداوة، البارانويا التخيلية، الذهانية، ووجود فروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث عند مستوى دلالة (٠،٠٥) في مؤشر الشدة العام، وكان متوسط درجة الإناث أعلى من متوسط درجة الذكور، ولا توجد فروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في كلا من: مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية، أعراض الهوس.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠،٠١)، لصالح الذكور أبناء الأمهات في نوبة الهوس على المتوسطات الأعلى في كلا من:(الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، العداوة)، ووجود

فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠،٠١) وقد حصل الذكور أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب على المتوسطات الأعلى في كلا من: (الحساسية التفاعلية، قلق الخواف)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠،٠٥) وقد حصل الذكور أبناء الأمهات في نوبة الهوس على المتوسط الأعلى في كلا من: (البارانويا التخيلية، مؤشر الشدة العام)، ولم تتضح فروق دالة بين المجموعتين في كلا من: (الاكتئاب، القلق، الذهانية، مؤشر الأعراض المنذرة للخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠،٠١) بين مجموعتي المراهقات في كلا من: (الأعراض الجسمية، الاكتئاب، القلق، العداوة، البارانويا التخيلية، الذهانية، مؤشر الشدة العام، مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية)، وكانت متوسطات مجموعة المراهقات أبناء الأمهات في نوبة الهوس هي الأعلى عن مجموعة المراهقات أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠،٠٥) في الوسواس القهري، وكان متوسط المراهقات أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب أعلى من متوسط المراهقات أبناء الأمهات في نوبة الهوس، بينما لا توجد فروق بين المجموعتين في كلا من: (الحساسية التفاعلية، قلق الخواف، أعراض الهوس).
- لا توجد علاقة دالة بين درجات الأمهات المضطربات (النوبة الحالية اكتئاب)، ودرجات أبنائهن المراهقين من الجنسين، بينما توجد علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠،٠١) بين درجات الأمهات المضطربات (النوبة الحالية هوس)، ودرجات أبنائهن المراهقين من الجنسين، في كلا من: (الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الاكتئاب، مؤشر الشدة العام)، وعلاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠،٠٥)، بين درجة هوس الأم ودرجات أبنائهن المراهقين من الجنسين في كلا:

الحساسية التفاعلية، وعلاقة ارتباطيه سالبة دالة عند مستوى (٠،٠٥) بين درجة هوس الأم ودرجات أبنائهن المراهقين من الجنسين في البارانويا التخيلية، ولا توجد علاقة دالة بين درجة هوس الأم ودرجات أبنائهن المراهقين من الجنسين في كلا من: (القلق، العداوة، قلق الخواف).

- أوضحت النسبة المئوية للدرجات التائية الفاصلة بين المشكلات كأعراض أم اضطرابات لدي عينة المراهقين أبناء الأمهات المضطربات ما يلي: معاناة ٥٠،٦ % من الأعراض الجسمية، ٢٢،١ % أعراض الوسواس القهري، ٦٣،٤ % أعراض الحساسية التفاعلية، وحالة تعانى من اضطراب الحساسية التفاعلية، ٥٨،١ % أعراض الاكتئاب، ٢٩،١% اضطراب الاكتئاب، ٦٦،١ % أعراض القلق، ٢٩،١ % اضطراب القلق، و ٦١ % أعراض العداوة، ١٥،٧% لديهم اضطراب العداوة، ٤٠،١ % قلق الخواف، ٧٦،٢ % من العينة لديهم أعراض البارانويا التخيلية، ٩،٣ % اضطراب البارانويا التخيلية، ٦٩،٨% أعراض ذهانية، ١،١٦ % اضطراب ذهاني، وأوضحت النسبة المئوية للدرجات التائية للمراهقين أبناء الأمهات المضطربات في مؤشر الشدة العام أن ٤١،٣% من العينة تحتاج إلى الإحالة للعلاج، وأوضحت النسبة المئوية للدرجات الخام للمراهقين أبناء الأمهات المضطربات على مقياس تقدير حالة الهوس معاناة ٣٧،٢ % منهم من أعراض الهوس.
- قاد التحليل العاملى إلى(٣) عوامل تفسر نسبة مرتفعة تتشبع ببنود متسقة مع بعضها البعض، وتعبر عن أعراض متجانسة، قد يمكن تصنيفها في زملات نفسية محددة وهي:
  - العامل الأول: عامل قطبي يمثل فيه القطب الموجب كلا من: الأعراض الجسمية، القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الذهانية، قلق الخواف، العداوة، بينما يمثل

فيه القطب السالب: الهوس، البارانويا التخيلية، ويشير هذا العامل إلى أعراض اضطراب الوهن العصبي.

- العامل الثاني: عامل قطبي يمثل فيه القطب الموجب كلا من: قلق الخواف، الحساسية التفاعلية، الوسواس القهرى، الذهانية، الاعراض الجسمية، الاكتئاب، الهوس، بينما يمثل فيه القطب السالب: العداوة، البارانويا التخيلية، القلق، ويشير هذا العامل إلى أعراض اضطراب القلق الاجتماعي.
- العامل الثالث: عامل قطبي يمثل فيه القطب الموجب كلا من: الذهانية، البارانويا التخيلية، العداوة، القلق، الوسواس القهري، قلق الخواف، ويمثل فيه القطب السالب: الهوس، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، الأعراض الجسمية، ويشير هذا العامل إلى أعراض اضطراب الشخصية.

الخلاصة: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود مشكلات بدرجات مرتفعة، يصل البعض منها إلى حد الاضطراب، الأمر الذي يستوجب متابعة هذه الفئة من الأبناء، وإجراء المزيد من البحوث للحد من معاناتهم، والاحتياط لإمكانية تطور هذه المشكلات الراهنة في حال أزمانها، مع ضرورة وضع قواعد للتنسيق بين أسر المرضى العقليين وبين خدمات الطب النفسي والصحة النفسية، لمزيد من دعم هذه الأسر، للحد من تكرار الاضطراب ومحاولة السيطرة عليه.

□□ □□ □□

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- مقدمة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة (النظرية والتطبيقية)
- مصطلحات الدراسة

♦ مقدمة:

إن الاهتمام بالمراهقين هو في واقع الأمر مفتاح تقدم الأمة وأمانها، فلقد بات من المسلم به أن اللحاق بركب التقدم والارتقاء، أمرا يتطلب إعداد جيلا قويا متوافقا ومستنيرا، لا تعوقه علة في بدن أو قصورا في عقل أو خللا في شخصيه.

وقد تبدو المشكلات النفسية لدى المراهقين جزءا من طبيعة المرحلة التي يحيونها؛ غير أن هناك العديد من المراهقين تجعل منهم هذه المشكلات النفسية أكثر استهدافا؛ لنمو أشكال الاضطراب النفسي أو العقلي المختلفة، باعتبارهم من المهيئين لان يكونوا في جانب الاضطراب أكثر من السواء بكونهم أبناء لمرضى عقليين.

ويدعم ما سبق العديد من الدراسات الوراثية؛ والجينية؛ والطولية؛ والتشخيصية لأبناء مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، حيث يتفق معظم العلماء على أن الموروثات الجينية المسببة للاضطراب سائدة ذات تأثير غير كامل، ولا يمنع ذلك من تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي.(أحمد عكاشة، ٢٠٠٧).

بخلاف ارتفاع نسبة حدوثه بين الأفراد، وما له من تـأثير كبيـر، علـى المستوى الشخصي؛ والاجتماعي للمريض، نظرا لما يسببه مـن عـبء كلـى ونسبة عجز كبيرة وتأثير سلبي على جودة الحياة، كما أنه يحدث بنسبة كبيـرة في سن مبكرة، ويعد من الاضطرابات العقلية المزمنة؛ التي تميل إلى التجمع في نفس الأسر عبر التحميل الجزئي لشجرة العائلة. (وردة فتحي أبو العز، ٢٠٠٧).

وفى سياق التفاعل المستمر بين العوامل الوراثية والبيئية؛ أشـارت نتـائج العديد من الدراسات الطولية؛ والتشخيصية؛ لأبناء مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب مقارنة بالعينات المعيارية؛ أو بأبناء مرضى باضطرابات أخـرى، إلى الصلة المباشرة بين الاضطراب الثنائي؛ لدى احد أو كلا الوالدين؛ وظهور العديد من المشكلات سواء بشكل منفرد، أو زمـلات تمثـل الأعـراض دون السريرية؛ التي تعزى باستمرارها إلى الاضطراب الاكلينيكـى؛ وتعـد منبئـة بالاضطراب الثنائي، والعديد من الاضطرابات الأخرى التي تم تشخيصها فيمـا بعد ضمن اضطرابات الراشدين، وتظهر بدء من المراهقـة المبكـرة ويجـب الكشف عنها لمتابعة تطورها عبر مضمار النمو؛ وهي: الاكتئاب, القلق العام أو النوعي، ومشكلات السلوك، والمشكلات المعرفية، وأعراض الهـوس؛ حيـث يظهر النمط الظاهري للاضطراب الوجداني ثنائى القطب لدى الأبناء على الأقل بشكل عابر، مع اقتصار الأعراض الذهانية على أبناء المرضى بالاضـطراب الثنائي؛ مقارنة بأبناء مرضى باضطرابات الأخرى؛ وأبناء الأصحاء.

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات والبحوث على مدى ٢٣ عامـا إلـى معاناة ٢٤% من الأبناء الاختلال الوظيفي للفص الجبهي، الأمر الـذي يفسـر أوجه القصور النفس عصبي المختلفة، والتي تتضح عبر المشـكلات الوظيفيـة والمعرفية والتنفيذية مثل: مشكلات الانتبـاه، والإدراك، ومشـكلات السـلوك، والنوبات المزاجية، والأعراض الإكلينيكية المختلفة, والتي وصفتها الدراسـات أنها شروط مسبقة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب في نسل تلك العائلات.

ومع تطور البحوث الوراثية التي أشارت ببيانات جديدة، منها أن البيئة يمكن أن تؤثر في بنية الحمض النووي، علي عكس المبادئ الأساسية لعلم الوراثة، مـن

انتقال الشفرة الوراثية من جيل إلى جيل، نجد أمامنا طريقا في إمكانية النظر في علاجات بيئية لإضطرابات تمثل نقطة ضعف باعتبارها وراثية، وتؤدي إلى اعتبارات علاجية جديدة، وهي إمكانية تحسين البيئة في محاولة لقمع هذه الإضطرابات والحيلولة دون تكرارها، ومن ثم يكون موضوع هذه الدراسة، خطوة أولية ممهدة نحو هذا الاتجاه.

♦ مشكلة الدراسة:

على ضوء ما انتهت إليه العديد من الدراسات والبحوث في مجال الاضطرابات النفسية والعقلية للوالدين التي أكدت الصلة الوثيقة بين اضطراب أحد أو كلا الوالدين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وبين ما يعانيه الأبناء من مشكلات تعد منبئة بالاضطراب اللاحق، تتحدد المشكلة من خلال الكشف عن بعض المشكلات النفسية؛ التي تمثل أعراضا لاضطرابات إكلينيكية محدده تعد منبئة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب؛ لدى المراهقين من عينة الدراسة خلال المرحلة العمرية (١٣-١٨) عام، من الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب في محافظة الدقهلية.

وتتعين مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات التالية:

١. هل تختلف درجة المشكلات النفسية لدي أبناء الأمهات المضطربات عن أبناء الأمهات العاديات ؟
٢. هل تختلف درجة المشكلات النفسية لدي أبناء المضطربات باختلاف الجنس أو النوبة الحالية لاضطراب الأم ؟
٣. هل يرتبط مستوى المشكلات النفسية لدي أبناء المضطربات بمستوي اضطراب الأم ؟
٤. هل توجد مشكلات تصل إلى حد الاضطراب لدي أبناء الأمهات المضطربات ؟
٥. هل يختلف ترتيب المشكلات باختلاف الجنس ؟
٦. هل توجد زملات لأعراض مرضية ؟

♦ أهداف الدراسة:

تتحدد أهداف الدراسة في النقاط التالية:

- الكشف عن وجود فروق بين المراهقين أبناء الأمهات المضطربات، والمراهقين أبناء الأمهات العاديات، في المشكلات النفسية موضوع الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المشكلات النفسية وأعراض الهوس، لدى المراهقين أبناء الأمهات المضطربات، واختلافها باختلاف بعض المتغيرات مثل: الجنس أو النوبة الحالية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى الأم.
- كشف وتحديد العلاقة بين درجة الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى الأمهات حسب النوبة الحالية؛ والمشكلات النفسية وأعراض الهوس لدى الأبناء المراهقين من عينة الدراسة.
- تحديد النسبة المئوية للأبناء المراهقين ممن يعانون من الأعراض النفسية؛ أو التي تصل إلى حد الاضطراب وترتيبها حسب نسبة شيوعها، حسب الجنس.
- الكشف عن وجود زملات لأعراض مرضية مشتركة بين المشكلات المقاسة.

◆ أهمية الدراسة:

من الناحية النظرية: تهتم الدراسة بموضوع له أهميته من الوجهة النظرية نظرا لأهمية المرحلة العمرية والمشكلات النفسية موضوع الدراسة اعتمادا علي نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى نموها وتطورها عبر مضمار النمو لدى أبناء مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بدء من مرحلة المراهقة، واعتبارها منبئة باضطرابات نفسية مختلفة وبالاضطراب الثنائي اللاحق لدى نسل هذه الأسر، متناولة الفروق بين أبناء الأمهات (المضطربات والعاديات) في تلك الأعراض النفسية، والفروق والارتباطات تبعا للجنس, ونوع النوبة الحالية لاضطراب الأم وهو أمر لم تتطرق له الدراسات السابقة من قبل في حدود علم الباحثة، بالإضافة إلى الكشف عن زملات مرضية لم تشر الدراسات السابقة إلى وجودها إن وجد.

ومن هنا تتوقع الباحثة أن تضيف إلى المعرفة المتوافرة، فيما يتعلق بالاستجابات النفسية المرضية لدى الأبناء نتيجة اضطراب الأم العقلي، ومدى تأثيره في حدة الأعراض النفسية لديهم، وهو مجال يحتاج إلى الكثير من الدراسات لتمحيص المعلومات المتوافرة من قبل الدراسات الأجنبية، والإضافة إليها إن أمكن، واقتراح المزيد من الدراسات والبحوث، وخاصة إذا علمنا الندرة الشديدة للدراسات النفسية العربية التي تناولت هذا الموضوع، واقتصار ما قدم فيه على الدراسات الطبية في حدود علم الباحثة.

ومن الناحية التطبيقية: تتمثل أهمية الدراسة في توفير قسط من البيانات والمعلومات؛ عن طبيعة؛ ودرجة المشكلات النفسية لدى المراهقين أبناء الأمهات المضطربات، وعلاقتها بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى الأم في البيئة المصرية، كخطوة أولية نحو الوقاية وهى بيانات, ومعلومات لاغني عنها في أية برامج إرشادية، يجرى التفكير في إعدادها بهدف توفير خدمات التوجيه، والإرشاد لزيادة كفاءة التأهيل والعلاج للمراهقين وأسرهم، بخلاف تقديم ترجمة وتقنين لمقياس تقدير حالة الهوس للمراهقين والبالغين(MSRS).

♦ مصطلحات الدراسة:

- المشكلات النفسية Psychological Problems: هي أعراض لاضطرابات في الإحساس مثل(القلق- الاكتئاب)، أو أعراض لاضطرابات في بعض وظائف الجسم (اضطرابات نفس عضوية)، أو في التصرفات والسلوك مثل (العدوان)، أو في الأداء مثل(المشكلات المعرفية). (خالد طمان وآخرون، ٢٠٠٩، ١٢٩).

  التعريف الإجرائي: تشير المشكلات النفسية في هذه الدراسة إلى انفعالات وسلوكيات مرضية لدى المراهقين عينة الدراسة، تمثل أعراضا لاضطرابات نفسية محددة يمكن قياسها من خلال المقاييس المستخدمة في الدراسة .

- الأعراض الجسمانية Somatization: هي أعراض يلعب فيها العامل الإنفعالى دورا أساسيا وهاما وقويا، ويعبر من خلال الجهاز

العصبي اللاإرادي، حيث تكون مصاحبة للحالة الانفعالية التي يكون عليها المراهق. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ٤٦٤).

التعريف الإجرائي: هي أعراض جسمية, تنشأ نتيجة الانفعال وتتخذ عدة مظاهر مثل(الشعور بالإعياء، الآلام المختلفة في العظام أو العضلات، صعوبة التنفس، الشعور باضطرابات المعدة والقولون....) وتحدث نتيجة إثارة الجهاز العصبي اللاإرادي؛ أي تصيب أعضاء بعيدة عن التحكم الإرادي وتتضح درجتها من خلال المقياس المستخدم.

- الوسواس القهري :Obsessive– compulsive هو أفكار أو سلوكيات تكون فيها الأفكار مقتحمة وغير مرغوبة وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها، وهى عموما مقاومة، وتتصف أيضا بكونها داخلية المنشأ، وتتسم فيها الأفعال بالتكرار وتبدو في صورة سلوك غرضي وهى تمارس، أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر ويقاومها الفرد عموما، وعلى الرغم من مقاومتها فإنها تمارس بشكل نشط، والجدير بالذكر أن اغلب الأسوياء لديهم مثل هذه الأفكار والأفعال، غير أنها اقل كثافة واقل تكرارا وتصنف الوساوس القهرية كاضطراب تحت فئة اضطرابات القلق. (بول وليندزاى, ٢٠٠٠, ٦٠).

التعريف الإجرائي: هو الأفكار والدوافع والأفعال المتسلطة، التي لا يستطيع المراهق التخلص منها أو مقاومتها أو عدم فعلها، مصحوبا بعدم القدرة على التذكر، صعوبة التركيز، خلو الذهن من أي أفكار نتيجة انغماس المراهق فيما سبق، وتتضح درجتها من خلال المقياس المستخدم.

- الحساسية التفاعلية:Interpersonal Sensitive شعور دائم ومستمر بالتوتر والتوجس والضيق أثناء التفاعل مع الآخرين،

مصحوبا بالإحساس بالدونية والنقص والتوقعات السلبية بشأن الاتصالات التفاعلية. (عبد الرقيب البحيرى، ٢٠٠٥، ٨).
التعريف الإجرائي: هي استجابة المراهق بشكل مبالغ فيه خلال مواقف التفاعل الاجتماعي، نتيجة الحساسية الزائدة، وتتضمن الشعور بالنقص ومشاعر الخجل والتفسير الخاطئ خلال المواقف الاجتماعية لاتجاهات ومشاعر الآخرين نحو المراهق, وتتضح درجتها من خلال المقياس المستخدم.

- الاكتئاب Depression: هو وصف لحالة مزاجية أو تعريف لزملة مرضية، تشير إلى خبرة عدم السعادة أو الكدر، وقد يتضمن مشاعر نفاذ الخلق أو مشاعر الذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض قدر الذات وفتور الهمة واللامبالاة، والزملة تشير بوجه عام إلي وجود المزاج الاكتئابي والقلق واضطراب النوم، وأحيانا الهلاوس والهذاءات. (بول وليندزاى, ٢٠٠٠, ١٠٥).
التعريف الإجرائي: هو شعور لدي المراهق يتمثل في: الحزن واليأس والانسحاب وفتور الهمة والوحد, ولوم الذات وتحقيرها والرغبة في عقابها، وقد يكون مصحوبا بهبوط نفس حركي وتتضح درجته من خلال المقياس المستخدم.

- القلق Anxiety: هو شعور بعدم الارتياح وترقب المصائب والخطر الوشيك الحدوث، مع عدم معرفة مصدر هذا القلق أو ارتباطه بشي معين، وإنما يكون هذا الشعور لدي المراهق دائما، كلما هم بفعل شيء أو تعامل مع موقف من المواقف.

(حامد زهران وآخرين, ٢٠٠٠, ٩٦).
التعريف الإجرائي: هي حالة تنطوي على الخوف والحذر، تتضح من خلالها مجموعة أعراض سلوكية وانفعالية مثل: التوتر والشعور بالضيق وسرعة الاستثارة والعصبية والفزع، مصحوبة

بأعراض فسيولوجية مثل: سرعة ضربات القلـــب والارتجـــاف...
وتتضح درجته من خلال المقياس المستخدم.

- العداوة Hostility: هو شعور مرضى يظهـــر لــدى المصـــابين باضطرابات انفعالية أو ســـلوكية أو مشـــكلات تـــرتبط بـــالتكيف الاجتماعي، وتعكس قصور عمليـــات التفكيـــر والإدراك لـــديهم، ويتضح في الشعور والسلوك العدواني الشـــرير بصـــورة علنيـــة ومكشوفة. (موسوعة التربية الخاصة, ١٩٨٧، ٤٤٧).
التعريف الإجرائي: هي شعور بالاستفزاز دون مبـــرر حقيقـــي أو سبب واضح يظهر في صورة لفظية أو ســـلوكية، بهـــدف إلحـــاق ضرر بدني أو مادي أو نفسي بصورة متعمدة، وتتضح درجتها من خلال المقياس المستخدم.

- قلق الرهاب Phobic Anxiety: هي مجموعة اضطرابات، يستثار فيها القلق فقط بواسطة مواقف أو أشياء محددة، لا تحمل خطرا في حد ذاتها، مما يترتب عليه تجنب لهذه المواقف والأشياء أو احتمالها بصعوبة، وتتباين في شدتها بين عدم راحة خفيف إلى فـــزع، وقـــد صنفها التصنيف الدولي للأمراض (المخاوف) باسم الرهابات وتـــم وضعها في عرض القلق, وقسمها إلى: رهـــاب الســـاحة ورهـــاب السفر والرهابات الاجتماعية. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ١٥٦).
التعريف الإجرائي: هو الخوف ذو الطبيعة المرضية النـــاتج عـــن قلق مستمر، يتم إسقاطه نحو موضوعات محددة مثـــل: الســـفر أو الأماكن المفتوحة أو العامة أو الغرباء، وينتج عنـــه تجنـــب لهـــا وتتضح درجته من خلال المقياس المستخدم.

- البارانويا التخيلية Paranoid Ideation: حالة مرضية تشير إلى وجود اضطراب في الشخصية، وتعكس نمطا للتفكير الهذائي، والاعتقاد الجازم بفكرة خاطئة، مضمون هذه الفكرة لدى الشخص أنه عظيم وأنه مضطهد. (حامد زهران وآخرون، ٢٠٠٠، ١٨٨).
التعريف الإجرائي: هو اضطراب يتضح في تفكير المراهق من خلال أنماط معينة في الشخصية، يتمثل في عدم الثقة في الآخرين والاعتقاد بتآمرهم عليه، والتسبب في إلحاق الأذى به، والتفكير الإسقاطى، وإحساس مبالغ فيه بأهمية الذات، والشعور بالتميز، وعدم الحصول على التقدير المناسب لإمكاناته الفريدة، وتتضح درجته من خلال المقياس المستخدم.

- الذهانية Psychoticism: هي مصطلح يصف الشخص الذي يعيش وهم وإدراك مشوش وغير واقعي، ويكون لتشخيص الذهانية عدة أعراض مثل الهلاوس السمعية، وإذاعة الأفكار، وإقحام الأفكار عن طريق قوى خارجية، وتشير الذهانية إلى القابلية للاضطراب العقلي. (عبد الرقيب البحيرى، ٢٠٠٥، ٢٢).
التعريف الإجرائي: اضطراب يصيب إدراك المراهق بالواقع وقد تظهر فيه محتويات اللا شعور بوضوح من خلال الهلاوس، وقد يصيب مضمون التفكير في شكل ضلالات، أو يصيب المشاعر في صورة اكتئاب أو قلق، وتتضح درجته من خلال المقياس المستخدم.

- الأبناء المراهقون: المراهقة مصطلح وصفى للفترة التي يكون فيها الفرد غير ناضج انفعاليا وذا خبرة محددة الفعل وهى الفترة من حياة الفرد التي تقع بين نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية الرشد. (سعدية بهادر، ١٩٩٤، ٣٢٩).

- والمراهقة هي التطور من البلوغ إلى الإدراك, وهى مرحلة النمو الممتدة بين الطفولة والإدراك.
(قاموس أطلس الموسوعي، ٢٠٠٢، ١٧).

التعريف الإجرائي: المقصود بهم عينة الدراسة من الجنسين الذين تتراوح أعمارهم بين (١٣-١٨) عاما، من أبناء الأمهات (المضطربات بالاضطراب الثنائي، غير المضطربات).

- الأمهات المضطربات وجدانيا (اضطراب وجداني ثنائي القطب): يعرف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بأنه ذهان وجداني (Affective Psychosis) يصيب انفعال المريض ووجدانه بنوع خاص سواء بالمرح أو الاكتئاب، ويتأرجح بين نقيضين من المرح والنشوة إلى البؤس والاكتئاب، وقد تكون النوبة هوسا فقط(Manic) أو اكتئابا (Depression) فحسب أو مختلطة كما تكون النوبات متلاحقة أو بينها فترات طويلة أو قصيرة، كما قد تشوبها بعض الأعراض الفصامية، ويعد ضمن الاضطرابات العقلية والوظيفية. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ٤٢٦).

التعريف الإجرائي: المقصود بهم عينة الدراسة من الأمهات ذوى الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، والذي تتضح درجته من خلال المقياس المستخدم حسب النوبة الحالية.

□□ □□ □□

الفصل الثاني
المفاهيم النظرية للدراسة

أولا: المشكلات النفسية
ثانيا: المراهقة
ثالثا: الاضطرابات الوجدانية

أولا المشكلات النفسية:

إن المشكلات النفسية ما هي إلا مجموعة من الأعراض، وسلوك ينحرف عن الواقع الاجتماعي، وغير ملائم للموقف الذي حدث فيه وتكرر حدوثه، ويشير إلى وجود مشكلة وللعرض مدلوله ومعناه.

(Freud, S, 1976, p.297)

والمعيار يكون للسلوك أو الانفعال غير الطبيعي والمشكل، الذي يجعل الفرد يعانى من الاضطرابات النفسية، الذي يظهر في الوقت والمكان بدرجة غير مناسبة، والمحك يكون المعيار الإحصائي، أو مدى الضرر الذي يترتب عليه.

(Reinsert, 1980, p.18)

ويظهر عدم التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع عدم القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية، التي تطرأ عادة على الإنسان، وعدم الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية مثل: القلق، التوتر النفسي، النزاع الداخلي. (عبد العزيز القوصى، ١٩٩٠، ١٢).

وتمثل حاله تؤثر على عدد له أهميته من الناس، بطريقه تعتبر غير مرغوبة، ويكون هناك ثمة شعور بأنه يمكن عمل شي بصددها من خلال العمل الاجتماعي. (محمود حمودة، ١٩٩٨، ٥٣).

وموقف يؤثر في عدد من الأفراد بحيث يعتقدون أو يعتقد الآخرين في المجتمع بأن هذا الموقف هو مصدر الصعوبات والمساوئ لديهم. (أحمد شفيق السكري، ٢٠٠١، ٢٥).

وتبدو المشكلات النفسية لدي المراهقين كظاهرة تتكون من عدة أحداث أو وقائع متشابكة، وممتزجة ببعضها البعض لفترة من الوقت، ويكتنفها الغموض واللبس، وتواجه المراهق، ويصعب حلها قبل معرفة أسبابها، والظروف المحيطة بها وتحليلها للوصول إلى اتخاذ قرار بشأنها. (مصطفى الحسيني النجار، ٢٠٠١، ١٧٩).

ومن ثم تكون المشكلات النفسية موقف يتطلب معالجة إصلاحية، ونتاج ظروف بيئية اجتماعية يعيشها الأفراد، وتتطلب تجميع الجهود والوسائل لمواجهتها، وحماية المجتمع من آثارها الضارة. (أحمد سعيد فوزي، ٢٠٠٨، ٣٨٢).

الأعراض المصاحبة للمشكلات النفسية لدى المراهقين:

هناك الكثير من الأعراض التي تظهر على المراهق وتشير إلى معاناته من مشكلة نفسية والتي تختلف من مراهق إلى اخر مثل:

التوتر الزائد عن الحد- فقدان الحماس والاهتمام- التناقض بين سلوك المراهق والمعايير الاجتماعية والخلقية- السلوك العدائي- محاولة الفرد جذب انتباه الآخرين- الانشغال الزائد بميول معينة أو هواية معينة- عدم الاتفاق بين الأهداف التي يصنعها المراهق لنفسه مع قدراته وإمكانياته- التغييرات المفاجئة في سلوك المراهق بما يناقض ما هو معروف عنه- الحزن والتعاسة بدون سبب واضح- ظهور أعراض عضوية كاستجابة متكررة مصاحبة للتوتر- عدم الثقة بالنفس والاعتماد على الغير. (عبد السلام احمدي، ١٩٩٦، ٧١).

وباستمرار المشكلة وازدياد حدتها تظهر الأعراض الآتية:

- قلق مزمن ومستمر أو خوف مسيطرا لا يتناسب مع الواقع.
- أعراض اكتئاب مستمرة مثل فقدان الاهتمام والانسحاب وتجنب الناس.

- تغيير مفاجئ في مزاج وسلوك المراهق، بحيث يبدو مختلفا تماما عما كان عليه.
- اضطراب في النوم، كأن ينام أكثر من المعتاد، أو يفقد ألقدره على النوم بشكل كاف، أو يصبح نومه قلقا، أو يعانى من الكوابيس أو عدم القدرة على النوم، أو من الصحو المبكر.
- اضطرابات الشهية كفقد الشهية، أو زيادة الوزن الناتجة عن الإكثار من تناول الطعام.
- اضطرابات جنسيه كالاتصالات غير المشروعة أو التعري أو الإفراط في ممارسة العادة السرية. (تشارلز شيفر، هوارد ميلمان، ١٩٩٩، ٨).

وتشير حدة المشكلة، واستمرارها، ومقاومتها للتغير، إلى دلائل تعنى معاناة المراهق من مشكلات نفسيه جديه تحتاج إلى العلاج والمساعدة.

وهناك مجموعة من العوامل المسببة للمشكلات النفسية لدى المراهقين منها:

- العوامل البيولوجيه: أي التي يولد بها المراهق وتعنى الانتقال البيولوجي من خلال الموروثات من الآباء إلى الأبناء، وتمثل بين الأبناء وصفا متباينا عدا حاله التوائم المتطابقة، حيث نجدهم يحملون مورثات متوازنة تماما، كما تلعب الوراثة أيضا دورا هاما في الميول، سواء الانطواء أو الانبساط، أوفى الاستعداد للذهان أو العصاب، أو اضطرابات الشخصية، وكذلك يختلف كل فرد عن الأخر بالنسبة للنشاط وعدد ساعات النوم نتيجة العوامل البيولوجية المختلفة.
- **العوامل البيئية وتشمل عدة جوانب أهمها:**

- العلاقة مع الوالدين: والتي تبدأ بالعلاقة مع الأم أولا وقد تكون مشبعه لرغباته أو مهمله لهذه الرغبات، كما ان انشغال الأم أو غيابها نتيجة مرضها عن الأبناء يؤثر تأثير سيئا في نموهم النفسي. (حامد زهران، ١٩٩٨، ٢٦٨).

- الجو العاطفي النفسي للأسرة: والذي يغلب عليه الروابط فيما بينهم يؤثر على تجانس الارتقاء النفسي للأبناء، ويكون مسئولا عن انطباعاتهم وموقفهم فيؤثر الآباء في أبنائهم. وهى أحد المسلمات أن الآباء ينقلون السلوك السوي إلى الأبناء إن كانوا أسوياء، وينقلون السلوك المرضى إلى الأبناء إن كانوا مرضى، حيث إن الطفل بطبيعته ذا قدره بالغة على التقليد والمحاكاة، فهو يحاكى سلوك الكبار ويقلد حركاتهم وسكناتهم منذ مراحل العمر الباكرة. (فيوليت إبراهيم، ٢٠٠٥، ١٥٩).

وهو الأمر يفسر وجود تشابه بين الأبناء والأمهات في طبيعة ونوعيه السلوك والانفعالات، حيث يخضع الأبناء ويتأثرون في حال اضطراب الأم بالعرض أكثر من المرض في حد ذاته. وهذا ما أوضحته دراسة على مجموعة من المرضى العقليين والنفسيين وعائلاتهم، أن تأثير الاضطرابات لنفسية لأحد الوالدين يعتمد على العرض أكثر من المرض، ويعتمد على العرض والمرض معا في الاضطرابات العقلية، وهذا يفسر ظهور الأعراض الذهانية فقط واقتصارها على أبناء المرضى العقليين. (منى منصور، ١٩٩٣، ١٠).

- المدرسة والجماعات المختلفة: إن عدم التوافق في المدرسة يؤدى إلى سوء التوافق الاجتماعي، ورفض الأقران للمراهق يزيد نار الصراع اشتعالا ويؤجج التوتر النفسي والاجتماعي والانطواء ونقص الميول والاهتمامات، كما أن فساد التوجيه وقله الرعاية في الأسرة والمدرسة والمجتمع بصفه عامه، تمثل جميعها ضغوط واحباطات متعددة لها تأثيرها الواضح في النمو الإنفعالى، وتمثل الخبرات الانفعالية السابقة دورا في حياة الفرد، فيلاحظ بعض الأعراض العصبية أو اللزمات، وقد يؤدى الخوف، والشعور بعدم الأمن وعدم الكفاية إلى القلق الذي يؤثر تأثيرا سيئا على نمو المراهق بصفه عامة.(حامد زهران، ١٩٩٧، ٤٧).
- التعطل الفطري لقدرات بعض المراهقين: تجعله يحتاج إلى معاونة الآخرين في حل المشكلات التي يعانى منها، كما أن إصابة قدرات

المراهق بنوع من العجز في الوظائف المتعددة لها ينجم عنه حدوث المشكلات، وتؤدي إلى سوء تفاعله مع البيئة المحيطة نتيجة الضغوط الخارجية والتوترات الداخلية. (مصطفى الحسيني النجار، ١٩٩٦، ٤٩).

- الأمراض والتشوهات والعاهات: تؤدى إلى معاناتهم من المشكلات النفسية وتذبذب الروح المعنوية بين الارتفاع والانخفاض وعدم الاستقرار، كنتيجة للصراعات الناجمه عن محاولات التوافق مع البيئة ومع متطلبات النمو، حيث تتغير دوافعه ويتطور طموحه، وقد يعانى من الإحباطات أمام مطالب البيئة ونقص إمكانياته وعدم النضج الإنفعالى ونقص التوازن الإنفعالى. (حامد زهران، ١٩٩٠، ٥٣٢).

وفيما يلي بعض المشكلات النفسية المرتبطة بموضوع الدراسة:

١- الأعراض الجسمية Somatization:

هي تعبيرات جسدية, تحدث نتيجة التوتر والانفعال الذي يمر به المراهق أو المراهقة, ويشير أدلر أن المراهقة هي المرحلة التي يبدأ فيها العديد من الأطفال المعاناة من اضطرابات وظيفية Functional Disorders، وتعد ضمنية للأعراض العصابية، وتكون مصممه بحيث تمد المراهق بمبرر لرفضه حل مشكلاته أو التعامل معها، وتظهر حين يواجه المراهق مشكلات يكون غير مستعد للتعامل معها وتخلق هذه المشكلات ضغطا هائلا، وخلال مرحلة المراهقة يكون البناء الجسدي حساسا بدرجة خاصة لمثل هذه الضغوط، فكل الأعضاء يمكن إثارتها بسهوله، مما يؤثر على الجهاز العصبي بأكمله، وحدوث مثل هذا الأمر يمكن أن يمد المراهق بمبرر أخر وجديد يبرر فشله وتردده، وهو اعتبار نفسه غير مسئول عن مواجهة مشكلاته بسبب معاناته وبهذا الاعتقاد يكتمل العصاب. (الفريد أدلر، ٢٠٠٥، ٢٣٦-٢٣٧)

وحيث أن المواقف المثيرة للانفعال أو التوتر، يتفاعل معها الجهاز العصبي اللاإرادي وبعملية طبيعية يستقبل المراهق تلك المواقف، التي تستقبل داخله بواسطة قشرة المخ، وتحدث العمليات التالية: زيادة في نشاط الجهاز

العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوى والباراسمبثاوى، ومن ثم دفع أكبر نسبة من الأدرينالين والنورادرينالين في الدم، وبواسطة الدوائر العصبية المستمرة بين قشرة المخ والهيبوثلاموس والمخ الحشوى، نستطيع أن نشعر ونعبر عن انفعالاتنا، وبازدياد هرمون السيروتونين والنورادرنالين والدوبامين, التي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء في المخ مع الانفعال، ومع وجود الأسيتيل كولين في قشرة المخ تظهر الإعراض الفسيولوجية، الناتجة عن معاناة الفرد من القلق: فيرتفع ضغط الدم، وتزيد ضربات القلب، ويتحرك السكر من الكبد إلى الدم، وتجحظ العينان مع شحوب الوجه، وجفاف الحلق، وزيادة العرق والرعشة. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ١٠٨)

وتصاحب أيضا الأعراض الجسمية العديد من الأعراض والاضطرابات النفسية مثل: القلق والمخاوف المرضية والحساسية التفاعلية وقلق الخواف والوساوس، ويصف أسعد الإمارة ذلك بأنه تفاعل شبه تدميري, لذا يستخدم فيها الجهاز العصبي السمبثاوي هرمون الادرينالين في حالة الخوف، وهرمون النورادرينالين في حالة الغضب، ولعل هذا المتصل من الانفعالات، يعبر عن النزعات العدوانية أو التدميرية، التي يثيرها القلق والاكتئاب أو الخوف أو الغضب. (أسعد الأمارة، ٢٠٠٨، ٢٤).

وقد أوضحت دراسة لتحديد نسبة انتشار العديد من الأعراض الجسمية ل ٢٠٠٠٠ مراهقا في الولايات المتحدة الأمريكية النسب المئوية التالية: الصداع بنسبة ٢٩% من العينة، الم العضلات والعظام بنسبة ٢٧% من العينة، الشعور بالوهن والتعب بنسبة ٢١%، واضطراب المعدة بنسبة ١٨%، وأفاد حوالي ثلث عدد المراهقين بأعراض متعددة مشتركة مثل: الشعور بالآم العضلات والعظام والدوار والتعب خاصة في عمر ١٦، ١٧عام، وكانت أعلى انتشارا لدي الفتيات وأوضحت الدراسة أن ارتفاع معدل انتشار الأعراض الجسدية يؤكد علي أهمية إدماج تقييم الأعراض الجسدية لدى المراهقين ضمن فحوصات المدارس والمجتمعات المحلية، لأنها تشيرالي وجود متلازمات أخرى نفسية وأسرية واجتماعية. (Rhee et, al., 2005, p.p314-350).

ويشير البحيري إلى الأعراض الجسمية التي تنشأ نتيجة الضغوط والانفعالات والمشكلات النفسية: سرعة دقات القلب حتى بدون مجهود، نوبات الدوار والإغماء، رعشة باليدين أو الذراعين أو القدمين، الشعور بالألم في الصدر أو القلب، فقدان السيطرة علي الذات، تغير الصوت، الشعور بالاختناق أو غصة في الحلق، نوبات من السخونة أو البرودة لا تتعلق بدرجات حرارة الجو، الشعور بضعف الأعصاب والوهن، زيادة التوتر والانفعال، الشعور باضطراب في المعدة.

(عبد الرقيب البحيري، ٢٠٠٥، ٤)

ومن ثم تتجه التفسيرات الإكلينيكية الحديثة، إلى عدم فصل انفعالات المراهق عن حالته الجسمية، وأبدى الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية، الذي تجري مراجعته مؤخرا اهتماماً متزايدا بالعلاقات التي يمكن أقامة الدليل علي وجودها، بين كل من المرض البدني والعقلي، وذلك عن طريق تقسيم الأمراض النفس بدنية إلى مجموعات تحت مسمى العوامل النفسية التي تؤثر في الاضطرابات البدنية.

(مجدي أحمد عبد الله، ٢٠٠٨، ١٢).

٢- الأعراض الوسواسية والقهرية Obsessive-Compulsive:

هي انشغال عقل المراهق بأفكار غير سارة، والشعور باندفاعات تبدو غريبة بالنسبة إليه وأنه مدفوع ليؤدي أعمالا لا تسره، مع عدم القدرة علي الامتناع عنها، وقد لا يكون للأفكار والأفعال معنى في ذاتها، ولكنها أفكار مثابرة ومسيطرة علي عقل الفرد دائما، فهي نقطة البدء في تركيز فكري مجهد ينهكه وأن عليه ضد إرادته أن يقلق ويتأمل، كما لو كان الأمر مسألة حياة أو موت، وتتكون الاندفاعات في الغالب من بعض الأشياء المخيفة حتي أن المراهق لا ينكرها بل يصفها أنها غريبة فحسب، وأنه يهرب منها ويحمي نفسه بالحذر والحرص الدقيق ضد إمكانية ظهورها. (حامد زهران وآخرون، ٢٠٠٠، ١٧١).

وأغلب المراهقين الأسوياء لديهم مثل هذه الأفكار غير المرغوبة والوساوس المضخمة، إلا أنها أقل كثافة وأقل تكرارا كما أنها لا تسبب في إعاقة

حياتهم أو تؤدي لقنــوطهم. (Salkovskis and Harrison, 1984, pp549-552)

وفي اتجاه الاضطراب يصف الدليل الأمريكي الرابع اضطراب الوساوس والأفعال القهرية (Obsessive-Compulsive Disorder) بأنهــا: يجــب أن تكون مثابرة واندفاعية وغير متناسقة، وتسبب قلقا أو شدة واضحين، ويشــترط أن تتعدى هذه الأفكار مرحلة القلق الزائد المتعلق بالظروف الحياتيــة العاديــة، علي أن يحاول الفرد تجاهلها أو السيطرة عليها ويفشل، مع تأكده مــن أن هــذه الأفكار نابعة من داخله.

أما الأفعال القهرية Compulsions فقد أوضــح أنــه يمكــن وصــفها باعتبارها سلوكيات متكررة، يشعر الفرد أنه مساق لفعلها بشكل مقلق وأن هــذه الأفعال غير منطقية، وتسبب شدة واضحة، وتعتبر مضيعة للوقت، كمــا أنهــا تتعارض مع الحياة الطبيعية للفرد، ويجب مراعاة الخلط بين هذا الاضــطراب، وبين كونه عرضا لاضطراب أو صورة إكلينيكية أخرى .

(DSM IV, 1994, pp207-209)

عن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية، فقد صنفت اضطراب الوسواس القهــري تحــت فئــة الاضــطرابات العصــابية، والاضطرابات المرتبطة بالكرب، والاضطرابات جســدية الشــكل Neurotic STRESS-Related &Somatglo Disorders ولم تختلف المراجعة فــي وصفها لهذا الاضطراب عن الدليل الأمريكي الرابع فقد صــنفت الاضــطراب القهري إلى اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكــار، أو اجتــرارات وسواســيه، وأخري تغلب عليها أفعال قسرية(طقوس وسواسيه) وأفكار، وأفعال وسواســيه مختلفة، ثم تلك الفئة غير المعينة . (منظمة الصحة العالميــة، ١٩٩٩، ١٥٢ – ١٥٥).

ولذا فان الوسواس يمكن أن يظهر مع منبه أو دون، ويمكــن أن يكــون خارجيا أو داخليا، وقد يأخذ الوسواس شكل الفكــرة، أو الصــورة الذهنيــة، أو الشعور القهري أو مزيج منهما، ويؤدي الوسواس عادة إلى عدم الراحة والقلــق والقنوط، وقد يؤدي ذلك إلى إلحاح الانشغال في سلوك قهري معين أو طقوســا

قهرية، وقد يكون السلوك إما مكشوفا أو مضمرا، ويؤدي السلوك القهري بشكل طبيعي إلى خفض الشعور بعدم الراحة، علي الرغم من وجود بعض الاستثناءات لذلك. (ليدزاى وبول، ٢٠٠٠، ٦٥).

ويحدث الوسواس القهري في سياق عدة عمليات داخل المراهق مثل: التجنب المعروف في حالات المخاوف، ويتعلق سلوك التجنب بالمنبهات، ويتعلق أيضا بالسلوك الذي يتضمن إمكانية إطلاق الوساوس، أو الأفعال القهرية. (Rachman and Hodgson, 1980, p94)

كما يتضح فيه ضعف المقاومة، فلا توجد مقاومة قوية لدي العديد ممن لديهم الأفكار والأفعال الوسواسية، ويبدو الأمر كما لو كان هناك استسلاما تاما بعد مقاومة الأفكار أو الأفعال الوسواسية الغير مرغوبة في المراحل الأولي من الاضطراب. (Rasmussen and Tsuang, 1996, pp322)

ويعتبر الخوف من الكوارث سبب يبرر به الفرد قيامه بالأفعال القهرية، كتفادي بعض المخاطر، وهي مخاطر تخص المراهق نفسه أو واحدا ممن يحبهم، وفي بعض الحالات تكون الكارثة التي يخشاها والفعل الذي يرمي لتفاديه لصيقين معا، ولعل الحوادث والخبرات الصادمة والأمراض المعدية والخطيرة والشعور بالتهديد والإحباط المستمر مبررا أيضا له. (أديب ألخالدي، ٢٠٠٢، ٢٧٣)

كما يظهر في الوساوس القهرية السعي للحصول علي تأكيدات، وهو سعي مرضي لطلب التأكيدات، وهو ما يؤدي إلى أفكار وسواسيه مثل: (هل أحتاج إلى إتقان ما أفعله أو مراجعته للتأكد منه؟ أو هل سأصبح مجنوناً؟)، وعندما يحصل المراهق علي التأكيدات يشعر بتحسن من عدم الراحة علي الرغم من أن هذا التحسن قصير الأمد، ويتكرر طلب التأكيدات مرة أخرى، ويعتبر تأمل الأفكار نمطي في الوساوس، حيث يحاول المراهق التفكير من خلال سؤال يطرحه علي نفسه، أومن خلال موضوع ما مثل: "هل توجد حياة بعد الموت؟ أو هل أنا سوى من الناحية الوراثية؟ ومتى سيحل السلام في العالم؟ "، وهذا النوع من التفكير غير حاسم, ومتواصل ومحبط ويقوم به المراهق

قهريا، ودائما ما تستثار الأفعال القهرية نتيجة لظهور الأفكار الوسواسية المتعلقة بها. (ليدزاي وبول، ٢٠٠٠، ٦٤).

وتمثل الحالة المزاجية جانبا جوهريا عند النظر الى الوساوس والأفعال القهرية، فهناك علاقة كبيرة بين الاكتئاب و الوسواس القهري، ومن المعروف جيدا أنه حينما يكون الفرد مكتئبا اكتئابا حقيقيا، فإن الوساوس والأفعال القهرية تصبح أسوأ، بالإضافة إلى ذلك فإن الوساوس شائعة في اضطراب الاكتئاب كخاصية ثانوية. (Rachman and Hodgson, 1980, 80).

ومن ثم تتفق الآراء على زملة الأعراض الثلاثة -الوسواس والقهر والخواف- التي تميل إلى الظهور معا، فتمثل أعراض الوساوس والقهر حلقة مفرغة يدور فيها المراهق، بدءا من الفكرة الحصارية؛ إلى السلوك؛ ثم الشك والقلق؛ ثم إعادة السلوك والشك, وصولا إلى الخوف المرضي، وكذلك ترتبط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بوجود أفكار ومخاوف تسبب القلق، ويخفف من القلق تكرار الأفعال والأفكار الاستحواذية، وقد كان يعتقد من قبل أنه نادر الحدوث في الأطفال والمراهقين، ألا أن التقارير الحديثة تشير أنه يمر بين المراهقين دون تشخيص الكثير من الحالات المضطربة به، ويعد الوسواس القهري العصابي Obsessive Compulsive disorder نوع من القلق العصابي النفسي، الذي يشعر فيه المريض أن لديه أفكار ومشاعر وأحاسيس وسلوكيات؛ تجعله بشعر أنه منقاد لعمل شيء ما، وبمعنى آخر أيضا يكون لدي الفرد هواجس، أوما يسمي بالاستحواذ obsessions فيضطر لفعل أشياء ما تسمي الإلزام Compulsives.

وفى المراهقة تتخذ الوساوس شكل أفكار غير مرغوب فيها، تدور غالبا حول العنف أو الجنس أو الدين أو الضياع، والتي تكون مصادر لمزيد من القلق، ويصل القلق إلى مستوى يدفع بالفرد إلى السلوكيات المستمرة أي الدوافع القهرية كوسيلة لتخفيف القلق، ورغم أن من يعانون من الوساوس لا يعانون دائما سلوكيات قهرية، إلا أن من يعانون من السلوكيات القهرية دائما ما تكون لديهم وساوس وتكون مصحوبة بالقلق أو الاكتئاب، وبدون علاج قد تستمر المعاناة إلى أن يصبح اضطراب، ومن المعروف أن الاضطراب غير خاضع

لسيطرة اغلب من يعانون منه، والشكل المتعارف عليه في المراهقة يتخذ شكل الهواجس العدوانية أو الجنسية أو الدينية أو الشعور بوقوع ضرر من خلاله، أو هواجس حول التماثل والتي يصاحبها ترتيب أو تكرار الدوافع، وهواجس التلوث المرتبطة بتنظيف الواقع، ومثل هذه الأفكار والدوافع تنتج عن أسباب قلق شديدة لا يستطيع الفرد مقاومتها مع علمه بأنها غير عقلانية، وان تلك الأفكار تتكرر دون تفكير وبشكل روتيني وإنها مضيعة للوقت ويكون متوسط بداية الخلل عند عمر ال١٧ عام، على الرغم من ظهور الأعراض في مرحلة الطفولة، أو خلال سنوات المراهقة المبكرة في بعض الأحيان، وعادة ما يتطور عند عمر ٣٠عام، ويميل للظهور في الذكور عن الإناث كما أنها ترتبط ببعض الاضطرابات الأخرى مثل: اضطراب توريت، واللزمات العصبية (نزع الشعر أو اللزمات الصوتية)، كما تسهم أعراضه في تطور العديد من المشكلات النفسية إلى اضطرابات كما في: اضطراب الاكتئاب-اضطراب القلق العام-اضطرابات الهلع.

(Roxanna Dryden-Edwards, 2010, 111)

٣- الحساسية التفاعلية Interpersonal sensitivity:

إن مظاهر النمو البيولوجي عند المراهق أو المراهقة في المظهر الجسمي العام أوفى الخصائص الجنسية والهرمونية تعد نقطة هامة في مسار النمو النفسي والاجتماعي والانفعالي لديهم، حيث يذهب الغالب منهم إلى الانعزال والبعد عن التفاعلات الاجتماعية، وتتميز انفعالات المراهقين في بداية المرحلة بالتغيرات السريعة والعديدة، وتكون عنيفة كالعنف والثورة لأتفه الأسباب وربما البكاء وعدم الاتزان الانفعالي، كما تؤدى مخاوف المراهقين المرتبطة بتأنيب الذات إلى الشعور بالنقص، وعدم القدرة على مواجهة المشكلات الجنسية والاقتصادية والدينية والاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب الجانب الانفعالي لديهم مما يكون له أثره على العلاقات وعلى التوافق الانفعالي لديه. (فيوليت إبراهيم، ١٩٩٠، ١٦١-١٦٢).

ويقسم يونج الأفراد إلى فئتين: المنطوي الذي يركز أفكاره على ذاته بشكل أنطوائى، والمنبسط الذي يركز انتباهه وشعوره كليا نحو ما هو خارج

ذاته، وتقع اللا سوية عندما يصل الفرد إلى درجة من الانطـواء أو الانبسـاط تمنعه من التكيف مع المجتمع. (سهام درويش، ١٩٨٨، ١١٨).

وأشارت هورنى أن خبرات الطفل المتنوعة تنتج أنماطـا مختلفـة مـن الشخصيات والصراعات عند الوصول إلى مرحلة المراهقة، وأكدت أيضا على الآثار السلبية للشعور بالعزلة والضعف الناتجين عن عدم شعور الطفل بالحـب والاحترام منذ سنواته الأولى، مما يجعله يميل إلى إظهار الكره والعـداء نحـو والديه ونحو الآخرين وتجنبهم، حيث أن العلاقة بالآخر والسـوية تسـتمد مـن الشعور بالطمانينه لديه، والتي ترجع في الأساس إلى علاقة الطفل بالأم، والتـي تحدد نظرته إلى العالم؛ إما باعتباره مطمئنا أو باعتباره عـدوا مهـددا. (لينـدا دافيدوف، ٢٠٠٠، ١٧٧-١٧٨).

ويتفق هذا مع ما أشار إليه إريك فروم (Erich From)؛ بأن تكيف إنسان لبيئته لا يتم بالغريزة، وإنما بالتعلم وبتدريب الثقافة لـه، وأن الإنسـان يواجـه مصاعب؛ نتيجة للحاجات الجديدة التي تولدها ثقافته، وللقيود والاحباطات التـي تثقل بها الثقافة كاهله، فإذا كانت الثقافة مريضة، وعوامل الهدم فيها هي الغالبة، فإن الاحباطات التي يتعرض لها الفرد؛ تؤدى به إلى أن يكـون هادمـا لنفسـه ولغيره.(سعد جلال، ١٩٨٦، ٦٤).

كما أن انفعالات المراهق المضطربة تدفعه نحو الانسـحاب الاجتمـاعي والانطواء النفسي، حيث يبدو المراهق القلق أقل احتراما لذاته واقل ثقـة فـي نفسه، كما يعانى أحيانا من عدم تناسب انفعالاتـه مـع المواقـف الاجتماعيـة المختلفة، ويرجع ذلك إلى انه يحاول التوافـق باسـتخدام الأسـاليب الهروبيـة والتجنبية، مما يؤدى به في النهاية إلى الانطـواء والانـزواء بعيـدا عـن أي نشاطات اجتماعية. (Welsh, 1983, p54).

وأعراض الحساسية التفاعلية والحساسية الزائـدة قابلـه للتطبيـق علـى المشكلات المزاجية (Moodiness) أيضا، فالأفراد زائدو الحساسية هم علـى الأغلب مزاجيين، وعرضه لفترات من الاكتئاب، وأسباب المزاجية تشـبه إلـى درجة كبيرة أسباب الحساسية الزائدة، وفيما يلي بعض أسباب الحساسية الزائدة:

- مشاعر عدم الكفاءة (Feelings of Inadequacy): فحين يكون لدى المراهق أو المراهقة شعور رئيسي بعدم الكفاءة، تظهر لديهم حساسية عالية في المواقف المختلفة، فانخفاض وعدم اعتبار الذات يجعلهم حذرين جدا من أي شكل من أشكال المواقف التي تضعهم موضع التقييم من الآخرين، لأنهم يتوقعون أن التقييم سوف يثبت عدم كفاءتهم.
- التوقعات غير الواقعية (Unrealistic Expectations): حينما يتوقع المراهق الكثير من الآخرين، يصاب بخيبة أمل على نحو مستمر، ويؤدى ذلك إلى تطوير الحساسية الزائدة، ونتيجة لذلك لا يشعر بالرضي أبدا، ومن ثم يصبح ذو حساسية وحذر أكثر.
- الحساسية الزائدة التكوينية (Constitutional): تشير بحوث مكثفه إلى أن عدم الانتظام في الوظائف الفسيولوجية، والاستجابة للمواقف بسلبية أو انسحاب، وضعف التكيف، وتكرار المزاجية السيئة، وردود الفعل الشديدة ناتج عن سبب تكويني، يرجع لبناء الفرد ذاته، بحيث تكون أجهزته العصبية تستجيب بشده أكثر مما هو الحال لدى الفرد العادي.

(شارلز شيفروهوارد ميلمان، ١٩٩٨، ١٨٤-١٨٨)

وهكذا بالتبادل فان البيئة تؤثر في الفرد وتؤثر في مشاعره وشعوره بذاته، والإحساس بالذات محدد بالتوقعات التي تتبناها المجموعة التي ينتمي إليها، والتي تتكون من خلال الخبرات المتراكمة التي يتلقاها الفرد، ومن ثم تتكون حساسيته تجاه الآخرين ونحو المواقف. (Hazalk & Young, 2001, 295)

وفى اتجاه الاضطراب أدرج دليل تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية الرابع الحساسية التفاعلية ضمن أنواع المخاوف، التي تتميز بعدة أعراض توضح اضطراب الفرد في مواقف اجتماعية في مجملها، تتضمن خوف واضح ومستمر، من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية، التي يتعرض لها الفرد بملاحظة أفراد آخرين، أو يكون محل فحص أو نظر من جانب

الآخرين، ويواجه الفرد هذه المواقف بقلق وخوف أو بطريقة لا تتناسب مع الموقف، ويتساوى الجنسين في هذه السمة، وترتبط بعدة أعراض جسمية مثل: احمرار الوجه أو التلعثم، وارتعاش اليدين أو الشعور بالغثيان وسرعة ضربات القلب، ومن ثم يتحاشى الفرد التعامل مع المواقف ومع الآخرين، ويفضل الانزواء أو الصمت أو التجنب، ولا ينشأ التجنب بسبب الأحداث أو المواقف، بقدر ما ينشأ بسبب تفكيرهم تجاه هذه الأحداث أو المواقف. (أمال عبد السميع، ٢٠٠٣، ١٠٩)

ولذا يمكن اعتبار أعراض الحساسية التفاعلية وصف لأعراض اضطرابات الخوف الاجتماعي، الذي تم تصنيفه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ANXIETY DISORDERS الرابع المعدل(DSM- IV- TR)، ضمن اضطرابات القلق وتتضح صحة هذا الاعتبار بذكر بعض الخصائص المميزة، والتي أدرجت لتمييز هذا الاضطراب وهي:

- خوف واضح ومستمر من الأداء خلال المواقف الاجتماعية.
- الخوف من سلوك الفرد بطريقة محرجه ومهينة.
- القلق من التعرض للمواقف الاجتماعية، علما بأن المراهق يستبصر بأنه خوفه وقلقه غير مبرر ومبالغ فيه، والفرد قد يتحمل مثل هذه الضغوط، ألا انه لا يشخص بان لديه خوف اجتماعي، ما لم تتدخل تلك المخاوف في حياته اليومية المختلفة الأوجه.

وهذه الأوصاف السابقة تمثل أبرز المحكات التي وردت في الدليل التشخيصي الرابع المعدل للخوف الاجتماعي، ومن الجدير بالذكر أن الدليل أورد نوعين من الخوف الاجتماعي تقيسهما الدراسة الحالية وهو خوف عام وأخر محدد، في النوع الأول يخاف الفرد من أغلب المواقف الاجتماعية، بينما يكون في النوع الثاني محددا في بعضها، أو احدها مثل الحديث مع أو أمام الناس، وتناول الطعام في الأماكن العامة.

وبوجه عام يمكن تحديد مظاهر الاضطراب من خلال ثلاثة أبعاد هي: البعد المعرفي، البعد الاجتماعي، البعد الجسمي.

- في الجانب المعرفي تتضح الأفكار المسيطرة على الفرد مثل: توقع الإحراج أو الإهانة أو أنه مراقب، أو أن الآخرين يرون ويلاحظون ارتباكه وقلقه، أو أنهم يعتبرونه غبيا أو ضعيفا.

- وفى الجانب الاجتماعي يتضح " التجنب " حيث يتجنب الفرد المواقف الاجتماعية، التي تثير مثل تلك المخاوف، سواء أكان الخوف الاجتماعي عاما ومحددا.

- وفيما يتعلق بالجانب الجسمي الذي يعكس القلق في المواقف الاجتماعية، ويظهر بأشكال عديدة منها احمرار الوجه، التعرق، برودة اليدين، احتباس الصوت. (عبد الله صالح، ٢٠٠٤، ٥)

٤- الاكتئاب Depression:

يعرفه المعهد الأمريكي للصحة العقلية بأنه: "خلل في سائر الجسم يشمل الجسم والأفكار والمزاج، ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه، ومن حوله من أشخاص، وما يحدث من أحداث، بحيث يفقد الفرد اتزانه الجسدي والنفسي والعاطفي". وهو حالة مزاجية تتضمن بعض الأعراض التالية: تغير محدد في المزاج مثل مشاعر الحزن، الوحدة، اللامبالاة، مفهوم سالب عن الذات، مصحوبا بتوبيخها، وتحقيرها، ولومها، ورغبة في عقاب الذات مع الرغبة في الهروب والاختفاء أو الموت مصحوبا بتغيرات خمولية Vegetativeمثل فقدان الشهية، صعوبة النوم أو الأرق، وتغير في مستوى النشاط تبدو في نقص أو زيادة النشاط. (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٢، ٤٤).

ويعرفه الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية " DSM- IV " بأنه حالة مزاجية مكررة، تعبر عن فقدان الاهتمام والمتعة، وفى معظم الأحوال يشعر فيه المضطرب بالذنب، وصعوبة التركيز، وفقدان الشهية للطعام وتغير الوزن، وأفكار حول الموت والانتحار. (Kaplan-Sadock, 1997, p. 37).

وعن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية صنف الاكتئاب تحت فئة الاضطرابات المزاجية (الوجدانية)، وقسمته إلى: النوبة الاكتئابية الخفيفة، والمتوسطة الشدة، والشديدة غير المترافقة بأعراض ذهانية، والشديدة المترافقة بأعراض ذهانية، ثم نوبات اكتئابية أخرى غير

المعينة، وذكرت أن الاضطرابات الانفعالية التي تتضمن الاكتئاب تتماشى مع جميع الأعمار سواء في الطفولة أو المراهقة أو الرشد، أما عن وصف الاكتئاب فقد ذكرت المراجعة انه غالبا ما يكون عرض متكرر، وعادة ما تكون بدايته ذات علاقة بأحداث أو مواقف شدة. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ١٢٨-١٣٧)

ويؤكد الدليل الأمريكي الرابع على أن الاكتئاب يمكن التعرف عليه في مراحل الطفولة أو المراهقة، وأشار إلى أن المزاج السائد عند المراهقين يتخذ شكل المزاج المتوتر أو القلق أو الحزن، وتم وضعه مع التشخيصات الواردة في مراحل الرشد، ولم يصنفه بين الاضطرابات النفسية الوارد حدوثها في مراحل الطفولة، وهو ما ينطبق على العديد من الاضطرابات مثل اضطراب القلق العام واضطراب الوسواس القهري.(DSM IV 1994, p49).

وغالبا ما يعانى الأطفال والمراهقون ذوى المشكلات النفسية من بعض المشكلات الانفعالية, وبصفة خاصة مشكلة الاكتئاب، ويعتبر الاكتئاب عموما أحد فئات الاضطرابات الوجدانية, والتي بدورها أكثر الأمراض النفسية شيوعا وانتشارا, وهو مسئول عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين الآلاف من أفراد أي شعب من الشعوب. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ٤١٦).

وتصف الزملة الاكتئابية تجمعا من الأعراض مثل المزاج الاكتئابي Depression Mood، إذ يعنى خبرة عدم السعادة أو الكدر Distress، وقد يتضمن مشاعر نفاذ الخلق (الزهق) Feed Up، أو مشاعر الذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض قدر الذات، وفتور الهمة واللامبالاة وفقدان الاهتمام، والقلق، واضطرابات النوم، واضطراب الشهية، ونقص الطاقة والأفكار الانتحارية وبطء الحديث والفعل، وأحيانا ما توجد أعراض انسحابية ويعاني البعض من الهلاوس Hallucinations، التي غالبا ما تكون اصواتا تسخر، وقد تكون لديهم هذاءات Delusions حول كونهم مسئولون عن مآس رهيبة، والاكتئاب أيضا مفهوم تصنيفي، وقد صيغ في تصنيفات ثنائية متعددة: (هوس – اكتئاب) Manic-Depressive وEndogenous، وإستجابى Reactive ، وعصابى Neurotic وذهانى Psychotic. (ليندزاى وبول، ٢٠٠٠, ١٠٥).

وفي حال اكتئاب الأم يرى جودمان وآخرون إن هناك أربعه ميكانيزمات يتم من خلالها انتقال الاكتئاب من الأم لأبنائها في حال اضطرابها:

- وراثة الاكتئاب.
- الميكانيزمات الفطرية والعجز الوظيفي لضبط النشاط العصبي.
- التعرض لسلوكيات وإدراك وأفكار ومؤثرات سلبية من الأم.
- البيئة الباعثة على التوتر الذي يمضى فيها المراهق حياته، فالأمهات المكتئبات يظهرن صراعات أكثر، وقليلا من الانسجام، والتماسك في عائلاتهم، وهم اقل انغماسا وعاطفية مع أبنائهن، وتميل الأم في اكتئابها أن تكون أكثر قسوة وأكثر تسلطا واقل استجابة واقل عاطفية، كما يقضيا وقت اقل في التحدث، ويظهرن وجدانات سالبة في تواصلهن، ويؤدى هذا إلى اضطراب السلوك التعلقى ولذا فهؤلاء الأبناء لديهم تعلقا اقل أمنا.

(Goodman, 2002, 288)

والاكتئاب الرئيسي يعد من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا، ويقدر بنسبة ١٧% (من بين الاضطرابات النفسية)، ويكثر حدوثه لدى أفراد المجتمع من المستوى الاجتماعي – الاقتصادي المنخفض، ويوجد بدرجة اكبر لدى المراهقين، وقد أظهرت نتائج الدراسات الطويلة إلى أن الميل العصابى يتنبأ به من خلال وجود الوجدان السالب، وأعراض الكرب أو الكدر أو الضيق النفسي، ومن ثم فان وجود سمة استعداد Disposition للمرور بخبرة وجدان سالب تؤدى إلى الاكتئاب. (Evans, et al, 2005, P10) ويتضح مما سبق مجموعة العوامل التالية:

- إن عامل المزاج مصحوبا بأحاسيس فقدان الأمل وعدم الحماس.
- عامل اتهام الذات ينطوي على التحدث مع النفس بشكل سلبي وأنه يستحق العقاب فينبع الشعور بالذنب، ويصبح الفرد غاضب على نفسه محط لذاته.

- يزداد التفكير في الموت والتفاعل الاجتماعي يصبح ضعيفا متذبذبا بين النقد وتأنيب الآخر، كإسقاط لعدوانه الداخلي تجاه نفسه، ويتجه مع الوقت للانسحاب.
- العامل الجسمي يتضمن الشكاوى الجسدية المختلفة وخلل عادات النوم والطعام.

وفى دراسة لمنظمة الصحة العالمية للعبء العام أو الكلى، تناولت عشرة أمراض رئيسية في عام ٢٠٠٢، وقورنت فيها نسبة العجز: احتل اضطراب الاكتئاب الأحادي المرتبة الأولى للاضطرابات المسببة للعجز لدى النساء، ويعتبر الجنس من أهم وأكثر العوامل خطورة في هذه الاضطرابات، وهذا ما اتفقت عليه الدراسات الوبائية والإكلينيكية سواء لدى الراشدين أو المراهقين (وليس لدى الأطفال)، وهو كون الإناث معرضات للاكتئاب من ضعف إلى ثلاثة أضعاف الذكور. (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٧، ٦١).

ومن الجدير بالذكر أن الاضطراب الاكتئابي الاحادي قد يتحول بمرور الوقت إلى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، كما يبدأ الاضطراب الوجداني ثنائى القطب غير سريع الدوران عادة بنوبة اكتئابية، لدى أفراد أسر مرضي الاضطراب الوجداني ثنائى القطب.

العوامل التي تؤدي إلى الاكتئاب:

العوامل داخلية المنشأ مثل:

- العوامل الوراثية: ويرجع أصحاب هذه الاتجاه إلى أن أسباب الاكتئاب تعود إلى عوامل وراثية، أو التركيب العضوي لخلايا الدماغ أو الأمراض العضوية في الجسم، فالعامل الوراثي له دور هام في نشأة اضطرابات الاكتئاب، حيث أوضحت الدراسات التي أجريت على التوائم أن نسبة انتشار المرض بين التوائم المتماثلة تعادل (٩٥,٧ %)، في حين أنها تعادل(٢٦,٣ %) عند التوائم غير المتماثلة، و(٤%) فقط بالنسبة لغير الأقرباء، غير أن العامل الوراثي وحده لا يمكن اعتباره السبب الرئيسي وراء الاكتئاب. (الغامدي، ١٩٩٦، ٢٠).

- العوامل الفسيولوجية: يرجع البعض الاكتئاب إلى اضطرابات الغدد، وخاصة الغدة الكظرية والجنسية، وذلك من حيث إفراز هرمون الفوليكوترفين، وذلك بتأثيره على نمو البويضة ونضجها، كما يؤثر في نمو الحيوانات المنوية لدى الذكور، وكذلك زيادة افرازهرمون الغدد الدرقية يزيد من عملية الهدم والبناء، كما يزيد من سرعة النبض، وبالتالي يقل الوزن ويتعرض للأرق وسرعة التهيج وعدم الاستقرار الحركي والتوتر المستمر، ويرى البعض إلى أن هناك ارتباط بين الاكتئاب واضطرابات الجهاز العصبي، وتبدأ هذه الأمراض بأعراض اكتئابية، ويرجع البعض إلى أن هناك علاقة بين الاكتئاب واضطرابات نسبة المعادن في الجسم، وعمليات التمثيل المختلفة حيث وجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد عن ٥٠ %عن الطبيعي.
(نفس المرجع السابق، ١٩٩٦، ٢١).

كما بينت الفحوصات المتعلقة بالغدد الصماء العصبية، والتخطيط الكهربائي للدماغ خلال النوم، وجود اضطرابات بيولوجية لدى المراهقين المصابين بحالات الاكتئاب، والتي غالبا ما تكون وراثية.
(شابرول، ١٩٩٨، ٥٤).

- العوامل النفسية: تعتبر الصراعات والاحباطات والخبرات المؤلمة وعدم القدرة على مواجهة العقبات والتحديات سببا في نشأة الاكتئاب، والبعض ينكر دور العوامل النفسية، ويرى أن كل العوامل النفسية نتيجة للمرض وليست سببا له، غير أن بعض العلماء مثل رينيه أكد أن الأسباب النفسية تلعب دورا كبيرا في حدوث الاكتئاب، قد تصل نسبتها إلى ٨٠%، وقد تحدث الرازي عن الغم وهو عرض من أعراض الاكتئاب موضحا أنه مرض يتولد عن افتقاد ما يحبه ويحتاجه الإنسان. ويقول زيور أن فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على القلق والاكتئاب معا. (حامد الغامدي، ١٩٩٦, ٢٣).

وبذلك فان التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية، والشعور بفقدان الكرامة والشرف،

والصراعات اللا شعورية، والإحباط والفشل وخيبة الأمل، والشعور بالكبت والقلق، وضعف الأنا الأعلى، واتهام الذات، والشعور بالذنب الذي لا يغتفر لسلوك سابق، والخبرات الصادمة، والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات الناتج عن اضطراب المناخ الأسرى لاضطراب احد أو كلا الوالدين من أهم الأسباب التي تؤدي إلى اكتئاب المراهق.

ويذكر ليفين في نظرية المجال، أن الطفل الذي لا يلقى عناية كافية من الأم، يفقد علاقته بالعالم الخارجي، ويتكون لديه تكافؤ ناقص وتصبح الأشياء المحيطة به ذات جاذبية قليلة، وفي الحالات الصعبة يكون تقبله الإيجابي لعالمه ونواياه وعزمه للوصول إلى أهدافه، قد منعت أو أنتجت عوائق في وقت مبكر، مما يؤدي إلى بلادة الشعور وظهور حالة مزاجية مرتبطة بضعف الدوافع تظهر خلال مرحلة المراهقة. (اسيا راجح، ٢٠٠٠، ٣٢).

- الأسباب خارجية المنشأ:
- مثل سوء التوافق مع البيئة الناتج عن اضطراب الأم العقلي، وما ينتج عنه من أشكال الانسحاب، ووجود الكره أو العدوان المكبوت نحو الآخر، حيث لا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج فيتجه نحوالذات، وقد يظهر في شكل محاولة للانتحار، وايضا عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعية ومفهوم الذات المثالية، والتناقض بين الذات بكل ما تمثله الذات من طموحات وأحلام وبين الواقع بكل ما يمثله من عوامل موضوعية تحكمه قوانين وأعراف بيئة وبشرية ومادية، جميعها عوامل تحمل تناقض يؤدي في النهاية إلى صراع يدفع المراهق إلى الاكتئاب. (آسيا راجح، ٢٠٠٠, ٣٣).

وأشارت الدراسات النفسية أن المراهقين الذين يشهدون عنفا منزليا بين آبائهم وأمهاتهم ناتجا عن اضطراب احد الوالدين أو كلاهما هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب فيما بعد بشكل رئيسي. وتشير الدراسات إن أكثر من نصف المراهقين بين سن ١١ إلى ١٩ عاما من الذين خضعوا لاختبارات نفسية شهدوا عنفا منزليا من كلا أواحد والديهم .

- سوء المعاملة الجسدية والجنسية: الأطفال والمراهقين الذين يتعرضـون للاعتداء يبدون أعراضا اكتئابية مشتركة، وسـوابق سـوء المعاملـة الجسدية والجنسية تتردد بكثرة لدى الراشدين مـن زوار مستشـفيات الأمراض العقلية، وهؤلاء المرضى يتميزون بحدة الأعراض وبكثـرة الأفكار، ومحاولات الانتحار التي تتضاعف ثلاث مرات عن غيـرهم من المرضى النفسيين، مما يؤثر على أبناء هؤلاء أكثر من غيـرهم . (شابرول، ١٩٩٨، ٥٣).
- العزلة الاجتماعية: المتمثلة في شعور المراهق بالعزلة وإحساسه بالنبـذ الاجتماعي والضياع، تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب والذي يؤدي بدوره إلى الانتحار، حيث يعتبر الحب أهم مظاهر الحياة الانفعالية للمراهـق، فهو يحب الآخرين ويحتاج إلى حبهم له، ولا جـدال فـي أن إشـباع الحاجة إلى الحب والأمان والمستمد من علاقة المراهق بالأم من ألـزم ما يكون لتحقيق الصحة النفسية له؛ فالحب كانفعال هام للمراهق، يزيد الألفة ويقضي على مشاعر العدوان داخله؛ ويجعل الاتجاهات النفسـية أكثر إيجابية نحو نفسه ونحو الآخرين.
- المناخ: يؤثر الجو على الإنسان فهناك نوع من الاكتئاب يحـدث فـي الخريف والشتاء، وهذا الشكل من اضطراب المزاج يتم ربطه بأشـعة الشمس وتأثيرها على إفراز الميلاتونين في الدماغ لدى المضـطربين بالاضطراب الثنائي القطب، وهو قصور وراثي شائع مسبب لهذا النوع من الاضطرابات. (وليد سرحان ومحمد حباشنة، ٢٠٠١، ٣٩).

كما يصيب الاكتئاب طفل من كل ٥٠ طفل تحت سن ١٢ سنة ويصـيب مراهق من بين كل عشرين مراهق في اسر المرضـى بالاضـطراب الثنـائي القطب.

(نفس المرجع السابق، ٢٠٠١، ٨٦).

وأشارت البحوث التي أجريت في هذا المجـال أن حـوالي مـن ٢٢% الى٣٣% من المراهقين يشعرون بالاكتئاب من أبناء المضطربين بالاضـطراب

الثنائي القطب على الرغم أن التشـــخيص الرســـمي فـــي العيـــادات النفســـية والمستشفيات يبين معدل أقل من هذا. (على عسكر، ٢٠٠١، ٢٠).

لذا فإن الاكتئاب في سن المراهقة أمر غاية الخطورة إذا لم يعالج، فالفتى أو الفتاة في هذا السن مستعد لأن يقوم بأي فعل نتيجة هـــذا الشـــعور المـــدمر بالكآبة، كما ان توفر عوامل عديدة لإصابة المراهقين بالاكتئاب مثـــل الوراثـــة والعوامل الاجتماعية وكذلك الظروف النفســـية التـــي يمـــر بهـــا المراهـــق أو المراهقة، كنتيجة التغيرات الفسيولوجية في هذه المرحلة العمرية، بالاضافة إلى حساسيتهم المفرطة وقلة خبرتهم في الحياة، فلا يستطيعون التعبيـــر عـــن هـــذا الاكتئاب بأعراض عاطفية، مستخدمين الأسلوب الشفهي والشـــكوى الاعتياديـــة لمن هم في سن أكبر منهم، وخاصة في حال توفر العامل الوراثي، قد يجعلهـــم يلجئون إلى سلوكيات وتصرفات تدمر ذاتهم، ويصل الأمر إلى أقصـــى مـــداه عندما يتخلص المراهق من حياته بالانتحار، بدليل زيادة نسبة الانتحار لأكثر من ثلاثة أضعاف ما سبق بين فئات المراهقين والشباب ومن كلا الجنسين، وذلـــك حسب الإحصائيات الأميركية الحديثة. (الأنديجاني، ١٩٩٩، ١٥).

وعند التقصي عن حالة المكتئبين من أبناء المرضى بالاضطراب الثنـــائي قبل مرضهم، نجد أن شخصيتهم كانت تتصف بأنها من النوع الاجتماعي، الذي يغلب عليه تقلب المزاج من المرح والتفاؤل والنشاط وحب الحياة إلـــى المـــزاج العكسي من الكسل والتشاؤم والحزن، كما يقال أنهم يتميزون بطيبة القلب وخفة الظل غير أنهم مع ذلك لا يحتملون التعرض للمشكلات، وينظر الواحد منهم إلى ذاته نظرة دونية ولا يتوقع خيرا بل يتوقع الهزيمة دائما، ومن ثم يصبح تكيفهم مع الأحداث الجديدة صعبا بعد بدء المعاناة من الاكتئاب. (زكريـــا الشـــربيني، ٢٠٠١، ٤٢).

وتتميز حينها شخصية المراهق المكتئب بسوء التوافـــق ويظهـــر ســـوء التوافق في عدة مجالات:

- التضحية بالذات وتحمل زائد للمسؤولية، والتركيز المبالغ فيه علـــى الوفاء باحتياجات الآخرين على حساب المباهج الشخصية.

- عدم توازن المعايير والمجاهدة للوفاء بتوقعات الآخرين، ومعاييرهم العليا أو غير المتوازنة منه، على حساب السعادة والسرور والاسترخاء والمرح والصحة.
- السلبية والتشاؤم والتركيز على الجوانب السلبية في الحياة: كالألم والموت والفقدان والإحباط والصراع ومشاعر الذنب والمشكلات التي لا حلول لها مع الإقلال من شأن الجوانب الايجابية المتفائلة أو إنكارها.
- التسلط والتمركز حول الذات والإصرار على أن المرء يجب أن يكون قادر على الحصول على أي شيء يرغبه، دون الاعتبار لنظرة الآخرين لما هو معقول.
- قصور التحكم الذاتي وصعوبة مقاومة ممارسة الضبط الذاتي وتحمل الإحباط ؛عند كبح المرء لتعبيراته المتزايدة عن انفعالاته ومعقداته.
(بارلو، ٢٠٠٢، ٥٨٥).

الأعراض التي وضعتها رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية:

١. ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
٢. الأرق أو النوم المفرط.
٣. التأخر الحركي النفسي(مشاعر ذاتية من الضجر والتململ أو التبلد).
٤. فقدان الاهتمام أو السرور بالأنشطة المعتادة.
٥. تناقص في الطاقة مع الشعور بالإجهاد.
٦. الإحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.
٧. الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة عل التفكير أو التركيز مثل التبلد الفكري والتردد غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار أو التفكك.
٨. التفكير في الموت بصفة دورية وشيوع الأفكار الانتحارية مع القيام بمحاولات انتحار جادة.
٩. الأعراض تسبب خلل إكلينيكي واضح في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي.

١٠. الأعراض لا ترجع إلى التأثيرات الفسيولوجية (مثل عقار طبـــي) أو حالة طبية مرضية (نقص هرمون الغدة الدرقية).

(مها الحمري، ٢٠٠١، ٣٧).

٥- القلق Anxiety:

هو انفعال يتميز بالشعور بحذر مسبوق وتوتر مصحوبين بتيقظ الجهـــاز العصبي السمبثاوى، وفى اتجاه المرض النفسي يعتبر شعور عام غامض غيـــر سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوبا عادة" بـــبعض الانفعـــالات الجسمية نتيجة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويحـــدث فـــي نوبـــات متكررة للفرد مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة أو ضيق الصدر أو ضيق فـــي التنفس أو شعور بنبضات القلب أو صداع أو كثرة الحركة... الخ.

(أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ١٠٧).

كما أن القلق يأتي أحيانا كعرض مصاحب لأمراض أخرى وهو في هـــذه الحالة لا يعتبر اضطرابا أوليا بل ثانويا ومن أهم الأمراض التي يصاحبها القلق:

- الأمراض العصبية: مثل الاضطرابات الهســتيرية بنوعيهـــا التحويليـــة والانشقاقية، وكذلك الاكتئابية، والإعياء النفسي المزمن (النيوروثينيـــا) وعصاب الحوادث وتوهم المرض.
- الأمراض الذهانيه: مثل الاكتئاب الجسيم والاضطراب الوجداني ثنـــائي القطب أو ذهان الهوس الإكتئابى، والفصام.. الخ.

وكذلك كنتيجة اضطراب الغدة فوق الكلوية، وزيادة إفراز الغدة الدرقية، وتصلب شرايين المخ في المسنين، والشلل الاهتزازي، ونقص السكر في الدم.

(ألان سوينجوود، ١٩٩٦، ١١٠).

ويتخذ القلق في المراهقة مظهرا من الشعور بعدم الاســـتقرار، والحـــرج الاجتماعي خاصة عند مقابلة الجنس الآخر، والإحساس الذاتي بشكله وجســـمه وحركاته وتصرفاته، ومحاسبة نفسه والناس على كل شيء.

(أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ١٣٨).

وترى آنا فرويد A.Freud أن من الأمور العادية بالنســـبة للمراهـــق أن يسلك بطريقة متضاربة وغير مستقرة لفترة من الوقت تبدو طويلة نسبيا؛ حيـــث

نجده يقاوم بواعثه ودوافعه ويتقبلها، يقمعها ثم يسلك مدفوعا بها، يحب والديـه ويكرههما، يثور ضدهما ويعتمد عليهما، يولع بتقليد الآخرين والتوحد معهم؛ في الوقت الذي يسعى فيه بغير انقطاع في سبيل هوية ذاتية خاصة بـه. (إبـراهيم قشقوش، ١٩٨٩، ٢٢٨).

وإذا ما أصاب المراهق القلق فأنه يقوم ببعض المحاولات؛ لـدفع الحـذر الغريزي الداخلي، وحسب النظرية التحليلية قد يقوم بكبـت الرغبـة الغريزيـة والكبت يكون بمثابة الهرب، وقد يقوم ببعض وسائل الدفاع الأخرى التي هـي عبارة عن نشوء الأعراض العصابية المختلفة. (سـيجموند فرويـد، ١٩٨٩، ٣٣).

وفى الحقيقة أن هذا الكبت هو المحرك الرئيسي؛ للاضطراب النفسي لدى المراهق؛ بل ويعتبر نذيرا بالقلق والأمراض العصابية المختلفة لديه، والتي قـد تظهر في المستقبل إذا ضعفت الأنا في مواجهة الصراعات الداخلية والخارجية، وإذا ما توقف ميكانيزم الكبت عن تحمل المزيد، فمصطلح الكبت يشير إلى تلك العمليات العقلية المفترضة التي تنشط من أجـل حمايـة الفـرد مـن الأفكـار والاندفاعات والذكريات، التي يمكن أن ينتج عنها القلـق والخـوف والشـعور بالذنب إذا أصبحت واعية . (شاكر عبد الحميد، ١٩٩٥، ٣٠).

وقد أشارت الدراسات أن خبرات المراهق تؤثر على درجة القلـق لديـه حيث وجد أن الخبرات القليلة جدا أو الكثيرة جدا؛ والمسببة للخوف في الطفولة ترتبط بمستوى من القلق أكثر من المتوسط في سنوات العمر التالية وخاصة عند المراهقة، وتعتمد إلى حد كبير على الأفكار والمدركات، الأمر الذي يساعد على التنبؤ والتحكم بشكل أفضل، عند التعامل مـع الضـغوط والمشـكلات. (لينـدا دافيدوف، ٢٠٠٠، ١٠٥).

ومن ثم يستطيع الكثير من المراهقين تحمل مستويات عالية مـن القلـق النفسي دون أي تغيير في السلوك والمشاعر، غير إن البعض منهم تكون قدرته ضعيفة على تحمل الضغوط النفسية، وهذا يتوقف على تكوين رد الفعل الداخلي وتجاربه السابقة في الحياة، وعلاقته بالمحيطين. (كلير فهيم، ١٩٩٩، ٤٢).

والقلق النفسي المرضى ينشأ من عجز المراهق عن حل صراعاته بالطريقة المباشرة أو غير المباشرة (الحيل الدفاعية اللا شعورية)، وهو نقطة البداية لكل ألوان سوء التكيف واضطرابات الشخصية، وإذا زادت حدته إلى درجة تعيق التكيف؛ أصبح الفرد ذو استعداد عصابي أو عصابي فعلاً، وهو حالة انفعالية وقتية أو حالة من التنظيم الإنساني تختلف في الشدة والتذبذب بمرور الوقت، وتتميز هذه الحالة بمشاعر موضوعية ومدركة شعوريًا من التوتر وتوقع الشر، وإثارة الجهاز العصبي، وهي انفعالات عاطفية معقدة يدركها المراهقين كتهديد شخصي، وهو شعور عام غير سار وغامض مصحوب، بالتوتر والخوف والتحفز وتوقع الخطر والسوء وحدوث كل ما هو مهدد للشخصية، ويخبره المراهقين بدرجات مختلفة من الشدة وفي مظاهر متباينة من السلوك، مصحوبًا ببعض المظاهر الجسمية والانفعالية المتكررة وهو أكثر الأمراض النفسية شيوعاً. (صالح المهدي الحويج, ٢٠١٠, ٢٢).

ويتفق العلماء على إن القلق نواة العصاب، غير إنه من الطبيعي ألا تخلو حياة الفرد من أسباب القلق في كافة مراحل حياته على اختلاف حاجات كل مرحلة، وعلى اختلاف ما يتعرض له المراهق من صراعات داخلية وخارجية ومدى قدرة المراهق على المواجهة والتحمل وتصنف الرابطة الأمريكية أنواع القلق إلى:

١- القلق العام: وهو قلق غير عادى زائد، يستمر لمدة ستة أشهر لدى البالغين مصحوبا بأعراض فسيولوجية: مثل الرعشة، والأوجاع العضلية، والأرق، وآلام البطن، والدوار، وسرعة الانفعال، والغضب.
٢- الوسواس القهري: وهو تكرار الأفكار المتعلقة بالقلق المبالغ فيه أو المخاوف، مما يدفع الفرد لطقوس متكررة لتقليل القلق.
٣- الذعر: وهو الخوف الشديد من حدوث أشياء معينة، ويصاحب ذلك أعراض فسيولوجية مثل: خفقان القلب، وعدم الشعور بالراحة، والعرق، والرعشة، والشعور بالاختناق.

٤- القلق الاجتماعي: ويتميز بالقلق الشديد نحو التقييم من قبل الآخرين، مما يدفع إلى التجنب، ويصاحب ذلك أيضا أعراض فسيولوجية منها: الاحمرار خجلا، والعرق الغزير، وغصة الحلق.

٥- المخاوف المرضية: وهو الخوف من الأشياء بشكل غير مناسب، مما يدفعه لتجنب هذه الأشياء.

(Anxiety Disorders Of America, 2005, pp205)

٦- وفى اتجاه القلق السوي فان القلق في درجاته المتوسطة أو السوية يعد علامة ايجابية في الشخصية، كما انه خاصية ترتبط بالشخصيات الأكثر انجازا، وتوافقا وطموحا لذا يطلق عليه القلق الدافع Drive anxiety كما يطلق عليه القلق السوي Normal Anxiety، وذلك لارتباط هذا النوع من القلق بموضوع حقيقي يحمل مخاطر حقيقية، ولذا يكون القلق في هذه الحالة، هو رد فعل مبرر لموضوع خارجي بحيث يهيئ المراهق نفسه للتعامل مع هذه الموضوع وتجنب مخاطره.

(إيهاب غرابة، ٢٠٠٣، ١١٢).

أعراض القلق لدى المراهقين:

- الأعراض النفسية: الاكتئاب، نوبة الهلع التلقائي، عدم القدرة على الإدراك والتمييز نسيان الأشياء، اختلاط التفكير، زيادة الميل إلى العدوان، بالاضافة إلى عدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمن والراحة والحساسية المفرطة وسرعة الإثارة، الخوف(الفوبيا) حيث يكون الفرد خائفا ولكنه لا يعرف مصدر الخوف، يكون متوقعا لحدوث شئ ما دون أن يعرف ما هو الشئ- الشك والتردد الضيق، ترقب المستقبل، توهم المرض يؤثر على قدرة الفرد على الانجاز والعمل وتوافقه الاجتماعي والمهني، مشكلات النوم (صعوبة البدء في النوم، أو الاستغراق في النوم، أو النوم المتقطع).

(محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٩٦، ٢٣٥)، (فاروق السيد عثمان، ٢٠٠١، ٣٠)

- الأعراض البدنية: سرعة دقات القلب حتى بدون مجهود، نوبات من الدوخة والإغماء، رعشة باليدين أو الذراعين أو القدمين، غثيان أو اضطراب المعدة، الشعور بألم في الصدر، فقدان السيطرة على الذات، الانفعال الزائد، تغير صورة الذات، نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة أو الرطوبة، التوتر الزائد، ضعف الأعصاب.

(أحمد عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٣، ٢٧)

بالإضافة للأمراض النفس جسمية للقلق المزمن ويقصد بها الأمراض العضوية التي تنشأ بسبب القلق النفسي والانفعالات الشديدة (السيكوسوماتية).

- الأعراض السلوكية: استجابات اجتماعية ضعيفة، مشاعر عدم السرور والفشل، الانشغال بالذات والأفكار الوسواسية، عدم القدرة على الانتقاء للمعلومات السلبية، والأفكار الوسواسية أو التخلص منها، ضعف التركيز والإحساس بخطر وشيك واليقظة المفرطة، وهم من مميزات القلق. (إيمان حسنى حافظ، ٢٠٠٢، ٢٣).

ونظرا لارتفاع معدل انتشار اضطرابات القلق في الطفولة والمراهقة، فان التدخل المبكر يمثل خطوة هامة وضرورية لمصلحة الأفراد والأسر والمجتمعات ككل لمنع تطور اضطرابات القلق، وذلك بزيادة مرونة الأفراد ومهارات التأقلم في وقت مبكر حيث تشير الأبحاث إلى أن المراهقين الذين يعانون من القلق بدرجة عالية من المرجح أن يصبحوا بالغين مضطربين وباختصار، فإن فعالية التدخل المبكر القلق تمثل فرصة هامة لمنع حدوث قدر كبير من المعاناة للمراهقين وأسرهم.

٦- العداوة Hostility:

تنتاب فترة المراهقة مشاعر الإشباع وكذلك مشاعر الإحباط، نتيجة المشكلات والصعوبات التي يمر بها المراهق خلال هذه المرحلة من عمره، وتعد العداوة مشاعر ودوافع تتضمن عناصر التعبير بشكل لفظي أو مادي، وتختلف عن المشاعر العدائية، التي تعد جزءا طبيعيا من حياة المراهق،

والسلوك العدائي الذي يختلف عن مجرد التعبير عن الغضب، في صورته التي تهدف إلى تدمير، وإلحاق الأذى بالآخرين، وتتخذ العداوة الأشكال الآتية:

- العدوان اللفظي: يشمل السب والألفاظ النابية والجارحة والسخرية والاستهزاء بالغير وإطلاق النكات والتهديد للغير والصياح.
- العدوان الجسدي: يشمل الضرب الركل وربما يصل إلى إلحاق إصابة بالشخص(ويقع من شخص المعتدى على شخص أخر المعتدى عليه).
- الشجار (العراك): التمادي في الجدال الغاضب المستمر، وهو فعل مشترك بين شخصين، على عكس العدوان الذي يأخذ فيه المعتدى الدور الرئيسي.
- المضايقة والتنمر على الغير: وهى أفعال عدوانية تهدف لاستثارة شخص ومضايقته والتلذذ بذلك، وربما ينتهي الأمر إلى الشجار واعتداء احد الطرفين على الآخر، والمضايقة والتنمر يشمل السخرية أو التهكم على الغير وإغضابه بشكل مقصود.
- العدوان السلبي: الإهمال والسلبية والمكايدة والصمت والتجاهل، وكلها سلوكيات مستفزة للطرف الثاني تجعله في حالة إحباط وغضب؛ بالإضافة إلى أن العدوان يمكن مشاهدته في عدد كبير من الاضطرابات العضوية أو النفسية أو العقلية أو حتى في الأصحاء وتحت ضغوط معينة. (محمد المهدي، ٢٠٠٧، ٨٥- ٨٦).

أسباب العداوة:

١- عوامل ترجع إلى المراهق مثل الحالة المزاجية: ويشير المزاج إلى الجوانب السائدة في الشخصية، والتي تظهر بعض الثبات والاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن، ويعد أساس تلك السمات وراثيا أو بيئيا متضمنا(مستويات النشاط، والاستجابات الانفعالية، ونوعية الطباع Moods، والقابلية النفس عصبية)، الجوانب المختلفة من الأداء الوظيفي التي تعكس الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، وتؤثر على مجموعه من مجالات الأداء الخاصة مثل: العمليات المعرفية

واللغة الكلام، والتآزر الحركي، والاندفاعية، والانتباه، والقدرات العقلية، وتمثل هذه العمليات من المنظور النفس عصبي الأداء الوظيفي للمخ، كما تعكس نمو المخ، وتشير المستويات دون الإكلينيكية للاضطرابات السلوكية إلى اللا سواء إلى حد ما، ويبدو ذلك من مجرد السلوك الغير قابل للترويض من جانب الطفل أو المراهق.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ١٠٩)

عوامل ترجع إلى الوالدين والأسرة مثل:

- الوراثة: حيث أشار جوتسمان(١٩٨٩) Dallas gottsman إن نتائج العديد من الدراسات الطولية، التي تتناول اختلال الأداء الوظيفي الوالدى، وضح أن العوامل الوراثية تلعب دورا هاما، في تعرض الأبناء للاضطراب الساوكي، وأنه يكون ثابتا عبر الأجيال في الأسرة الواحدة.
- المرض النفسي لدي أحد الوالدين: أن إصابة احد الوالدين أو كلاهما بمرض نفسي، يزيد من احتمال تعرض الأبناء لاختلال الأداء الوظيفي النفس عصبي بوجه عام، ويعد في الوقت ذاته من العوامل المساعدة على ذلك.
- التفاعل بين الأبناء والوالدين: إن درجة عدوانية الأبناء مرتبط بمدى حدة ما يناله من عقاب في المنزل ويشير ألان كازدين (١٩٨٥) Kazsdin أن أساليب العقاب والتعرض إلى عنف متطرف داخل الأسرة سيؤدى بالأبناء للاضطراب السلوكية. (ألان كازدين، د.ت، ٤٥).
- توتر الحياة الأسرية: إن الخلافات تزيد خطر تعرض الأبناء إلى خلل سيكاترى، وتشير نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال إن العلاقات الوالدية واضطراب احد الوالدين أو كلاهما واستمرار الإحباط فترات طويلة، وهو من أهم العوامل المسببة للعداوة لدى الأبناء في مرحلة المراهقة. (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ١١٢).

وعلى الرغم من أن الإحباط يعتبر على نطاق واسع الدافع الرئيس وراء العدوان الظاهر، إلا أن الدلائل التي توضح أن له مثل هذا التأثير متباينة تماما، لذا لا ينبغي علينا أن نفترض أن الإحباط يؤدى دائما إلى العدوان مباشرة، فالأصح انه يولد دافعا للسلوك العدواني (أي حافزا عدوانيا) وهذا بدوره يشجع أو يمهد الطريق أمام مثل هذا السلوك، ومما يدعم بشكل مباشر هذه الاستنتاجات التي تخلص إلى أن الإحباط لا يؤدى دوما إلى العدوان تلك النتائج التي توصلت إليها الدراسات الامبريقية التي أجراها "بيركوفيتز" (Berkowitz,1989) والتي تشير إلى انه على الرغم من أن الإحباط يمهد التربة في بعض الأحيان لحدوث العدوان إلا انه لا ينجم عنها دائما وأبدا – ولا حتى في العادة– مثل هذه الآثار العدوانية .كذلك فإن "ميلر" (Miller, 1941) الذي يعتبر من أوائل الذين صاغوا فرضية الإحباط العدوان سرعان ما عدل من مقترحه الأولى، وأشار إلى أن الإحباط يؤدى إلى العديد من أنماط السلوك، وان العدوان واحد منها فقط، إلا انه من الأسهل أن نفترض أن الإحباط هو الدافع الأولى وراء العدوان.

(سفيان أبو نجيله، ٢٠٠٦، ٩٥ –٩٧).

ويميز البعض بين العدوان aggression والعداوة hostility حيث يرى بعض علماء النفس أن عدواني تستوعب في معناها بعض ضروب السلوك الايجابي كالمبادأة، في حين أن كلمة عدائي لا تشير إلا إلى العنف والقسوة وما شابههما من ظواهر سلبية أخرى، ويرى البعض أن الفرق بينهما هو تمييز بين السلوك أو التصرف وبين المشاعر feelings، حيث أن جوهر العدائية هو المشاعر السلبية والكراهية، تجاه شخص أو أشخاص أو معايير اجتماعية متى تم التعبير عنها، تحولت إلى سلوك عدواني وبذلك فأن العدوان والعداوة لصيقان لا يفترقان. (جمعة سيد يوسف، د.ت، ٢٦٧).

غير انه يمكن التمييز بينهما كنمطين فرعيين من الاضطراب السلوكي يتعلقان بالأداء الوظيفي النفس عصبي neuropsychological والشائع وجود قصور فيه لدى المضطربين بالاضطراب الثنائي القطب وأسرهم وهذا يفسر شيوع الاضطراب السلوكي لدى أبنائهم، والذي يرتبط بقصور الانتباه وفرط الحركة في الطفولة وبالأداء الوظيفي الخاص بالجهاز العصبي السمبثاوى

sympathetic، وما يتعلق كذلك بالأداء الوظيفي الغدى العصبي، وخاصة ما يرتبط بوظائف الغدد الصماء والتي يشيع أيضا الخلل فيها لدى المضطربين بالاضطراب الثنائي القطب (قصور أو فرط نشاط الغدة الدرقية)، ومن ثم تصبح العداوة نمط تفاعلي يسهل فيه إثارة المراهق حيث يتم ذلك جزئيا بادراك أن للآخرين نوايا عدوانية، ومن ثم تتسم الاستجابة للآخرين بشكل عدواني يتضح فيها خلل الإدراك.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٧٢ -٧٣).

٧- قلق الخواف Phobic Anxiety

هو رهاب محدد يعد نوعا من أنواع اضطرابات القلق، وتتشابه أعراضه مع أعراض القلق العام، غير أنها تحدث في ظروف ومواقف معينة، حيث أن المريض يخلو من القلق معظم الوقت، ويستثار الخوف والقلق لديه فقط إزاء تلك الأنشطة، والمواقف والأماكن المحددة التي يعرفها، وقد اتفقت الدراسات الوراثية على أن القلق من الاضطرابات المزمنة والشائعة، وان الأدلة تتزايد عن دور الجينات الكامنة العائلية وراء مثل هذه النوع من الاضطرابات، وخاصة في الاضطرابات التي يأخذ فيها القلق دور رئيسي، وتكون سمات القلق لدى الفرد المضطرب بقلق الخواف سمة من سمات الشخصية لديه.

(حامد زهران واخرون، ٢٠٠٠، ١٦٧).

ويكون القلق شديد تجاه بعض المواقف والأنشطة الأمر الذي قد يدفع بالفرد أن يتجنبها؛ حيث أن هذه المواقف تثير القلق والخوف معا لديه غير إن القلق هو الشعور الأكبر، ويميز هذا النوع من المخاوف، ويعرف أيضا بأنه الرهاب والمخاوف الغير منطقية من مواقف معينه تؤدى إلى تجنب مستمر في محاوله للحد من القلق الشديد، وبذلك يتميز هنا قلق الخواف بأنه غير عقلاني ويظهر في الشعور بالقلق والخوف من الأماكن المزدحمة والأماكن المفتوحة والأماكن العامة ووسائل المواصلات، و أماكن أخرى لا توجد فرصة فيها للهرب إلى مكان امن، إضافة للقلق والخوف من خروج الفرد بمفرده خوفا من الشعور بالفقد (الإغماء)، ويعد هذا النوع (قلق الخواف) أكثر أنواع القلق شيوعا من اضطرابات القلق الأخرى. (Videbeck, 2004, 32)

وأشار سيلجمان Seligman أن الأبناء لديهم مخاوف وقلق تتشابه لما لدى أمهاتهم المضطربات، حيث إن منبهات معينة تبدو قابلة على الفور للارتباط بالقلق والخوف، نتيجة لبعض قيم حفظ البقاء الحيوية، وهذا هو فرض القابلية، ثم وجه الاهتمام أيضا فيما بعد للتأثير المحتمل للتوتر المستمر لإحداث خوف وقلق شديدين، الذي يطوره الأبناء إلى مخاوف إضافية مع وجود المخاوف الرئيسية وأكدت نظريات الخوف والقلق الهامة في علم النفس الاكلينيكى؛ تأثير الخبرات غير السارة التي تحدث مرتبطة بموقف غير مهدد في الغالب. (لنيدزاى، هول، ٢٠٠٠، ١٦٩)

كما أشارت الدراسات أن خبرات الفرد تؤثر على درجة القلق لديه، حيث وجد إن الخبرات القليلة جدا أو الكثيرة جدا، والمسببة للخوف في الطفولة ترتبط بمستوى من القلق أكثر من المتوسط في سنوات العمر التالية.

(ليندا دافيدوف، ٢٠٠٠، ١٠٤ – ١٠٧).

وفى قلق الخواف يخاف المراهق من مواقف غير مخيفة نتيجة الازاحه المستمرة لغرائز الهي المكبوتة على الأنا والدفاعات، ويتسم سلوكه بالعزلة والانطواء، ويستنفد جزء اكبر من طاقته في تعزيز دفاعاته، وبالطبع فان الفرد ينسب إلى هذه الموضوعات الخارجية في الموقف صفات التهديد والخطر، مع أن التهديد والخطر ينبعثان من قلقه الداخلي، ومن ثم فان القلق حينما تتجاوز درجته الحد الذي يستثار بسبب وجود تهديد حالة غير سوية تنطوي على العصاب، ومع تنشيط الخوف لدى الفرد يصبح القلق والخوف تجاه تهديد غير موجود على الإطلاق، ويتكون قلق الخواف من مضمون معرفي وآخر جسمي وثالث انفعالي ورابع سلوكي، إلا انه في هذه الحالة تختلف العناصر المعرفية في كونها غير مرتبطة بموضوع حقيقي، كما أنها عامة.

(علاء الدين كفافى، ١٩٩٠، ٣٤٦).

أسباب قلق الخواف:

الأسباب الجينية: أي يولد البعض ولديه ميلا للقلق حيث تشير البحوث انه من الممكن تكون القلق من خلال الجينات الوراثية، وباستمرار وجود ضغوط

بيئية على الفرد يتحول القلق إلى تجنب، وخوف من أشياء كان لا يتجنبها في الماضي، ولا تسبب له الخوف في سابق عمره.

الأسباب البيئية: الإهمال في مرحلة الطفولة أو سوء المعاملة، والشعور بالتهديد نتيجة اضطراب الجو الأسرى يؤدى إلى استمرار الشعور بالقلق، حتى مع اختفاء الإحداث المزعجة المسببة له، يبقى تأثير القلق لشهور أو سنوات، مما يؤدى لإسقاط القلق برغم اختفاء الموضوعات الحقيقية المثيرة له، على مواقف وأنشطة يساعده البعد عنها من تخفيف قلقه الداخلي.

(الفت حقي، ١٩٩٥، ٤٨).

ويفسر قلق الخواف على أساس وجود تجربة حقيقية ذات تأثير سلبي أو مهدد للفرد، تعلم من خلالها التعزيز السلبي لسلوك التجنب، على اعتباره حلا مناسبا يصبح الخوف لدى الفرد مقاوما للاختفاء برغم اختفاء المواقف التي أوجدت القلق لدية في الأساس، وينشا قلق الخواف من خلال ثلاث آليات محددة في الدفاع عن الأنا: إعادة توجيه القلق المرتبط بمصدر حقيقي في الوعي إلى مصدر بديل في اللا وعي، ويكون غير مهدد في جوهرة وواقعه، يتبعه الإسقاط الذي يستخدم فيه الفرد مصادر بعيدا عن نفسه في العالم الخارجي ويعتبرها سبب القلق والتهديد، ثم التجنب ويتم بعملية منهجية مقترنة مع القلق، وتعنى التجنب والابتعاد عن المصدر الذي تم تعيينه في العملية الأولى، والنتيجة النهائية هي أن الدفاعات الثلاثة تعمل على القضاء على القلق المكبوت داخل نفسه، فتتم إزاحة الصراع الذي لم يحل إلى اللاوعي واسقاطه على أنشطة، أو مواقف غير مرتبطة، ومن ثم تجنبها مع الاحتفاظ الحقيقي بالقلق. (الفت حقي، ١٩٩٥، ٥١).

وتتمثل أعراض قلق الخواف فيما يلى: الخوف والتجنب واضح باستمرار في أو على الأقل اثنين من الحالات التالية: الزحام- الأماكن العامة- السفر وحيدا أو الخروج بمفرده- السفر بعيدا عن المنزل.

مع وجود بعض الأعراض المصاحبة للمواقف السابقة (يمكن أن يكون عرض واحد فقط مصاحبا) لما يلي:

خفقان أو تسارع دقات القلب – العرق –صعوبة التنفس –ألم في الصدر أو الشعور بعدم الراحة –الشعور بالرجفة أو لاهتزاز – جفاف الفم –الشعور بالاختناق – اضطرابات في المعدة أو الغثيان – الشعور بالسخونة أو قشعريرة البرد المفاجئة – الشعور بالتنميل أو الوخز (الشكشكة).

- أعراض تنطوي على الحالة النفسية: كالشعور بالدوار أو الذهول– اختلال الآنية وتبدد الشخصية أو الشعور بأنه ليس في هذا المكان – الخوف من فقدان السيطرة على النفس (الإغماء – الجنون) – الخوف من الموت.
- وجميع ما سبق يتسبب فيه الاضطراب الداخلي ولا سيما الانفعالي أو لتجنب أعراض القلق المستمرة، مع اعتراف الفرد بان هذه المخاوف مفرطة وغير معقولة على أن يكون كل ما سبق، ليس نتيجة لأوهام أو هلاوس أو اضطرابات أخرى، أو نتيجة معتقدات ثقافية.

(باترسون، ١٩٩٠، ٣٤٠).

وحينها يظهر قلق الخواف بوضوح في شكل تجنب المواقف أو الأنشطة التي تثير التفكير المتصل بالخطر، وانخفاض القدرة على التمعن أو التفكير المتعقل في المواقف والأنشطة التي تستثير الخوف والقلق لديه أوتقييمها بموضوعية، مع إدراك المواقف أنها تهديد أو إعاقة أو خطر على الذات ومن ثم تجنبها، مع التفكير المبالغ فيه في الإدراك مما يؤدى لإثارة مشاعر الخوف والتوتر، والإصرار والتثبيت والجمود والعجز عن رؤية بدائل لتلك المخاوف الراسخة لدى الفرد. (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٧، ٣٠٨)

ويتضح مما سبق أن التعميم من الجزء إلى الكل من الأخطاء الفكرية التي تبين أنها تحكم على الشخصية بالعصاب، ما لم ترتبط بالتوقعات السلبية السيئة ويتميز أيضا قلق الخواف بزيادة تكثيف العمليات العقلية، وتشويه المواقف والأنشطة إلى الدرجة التي تؤدى بالفرد إلى الابتعاد عنها بالمبالغة في تقدير الخطر، بدءا من القلق العقلاني، حين تضطره الظروف مثلا إلى السفر فيبالغ في ذكر مخاطر السفر، والطريق وحينها يتدخل إعطاء إنذارات كاذبة لاستجابات غير مؤذية.

٨- البارانويا التخيلية **Paranoid Idition**

يمكن وصف البارانوية في مرحلة المراهقة بأنها شكل شديد من رهاب البشر، وما يتصل بذلك من فرط الحساسية في العلاقات مع الأشخاص، وتبدو القناعة الوهمية بان الآخرين يسعون لأذيته، ويصاحب ذلك الشعور باختلال الأنية، وأشكال من الخوف مثل الشعور بانبعاث روائح غريبة من الجسم، وعدم القدرة على مواجهة العين بالعين أثناء الحديث في غمرة الشعور بالعظمة والنرجسية والغرور ومثالية الأنا، ومن الجدير الإشارة هنا بان العديد من مرضى فصام الشخصية والاضطراب الثنائي القطب اظهروا في مراهقتهم أعراض البارانويا الشديدة مثل:

الهلاوس السمعية الوهمية، (الاعتقاد الخاطئ) وهم الاضطهاد، جنون العظمة، المزاج العالي، النرجسية الشديدة، لذا فان ظهورا لمثل هذه المظاهر خلال المراهقة تشير إلى بدء وقوعا المراهق في هوة الذهان.

(Tokuyamaakhihir, 2000, p.p 398,406)

تصنيف البارانويا:

تصنيف البارانويا حسب نوع الهذاء إلى:

- هذاء حقيقي: حيث تسود أفكار العظمة وأفكار الاضطهاد، وهذاء المشاكسة.
- الهذاء الثنائي: وهنا يمكن أن تنتقل الأفكار الهذائية إلى شخص أخر عن طريق التوحد (التقمص)، بشرط أن يكون الشخص الذي تنتقل إليه هذه الأفكار، أكثر قابليه للإيحاء واقل سيطرة، ويكون الإنسان عادة من محيط بيئي متماثل ويواجهان نفس الظروف النفسية.
- نوبة الهذاء الحادة: وتميز بالبداية المفاجئة، دون سبب واضح وتغلب على الأعراض دلالات الإشارة والاضطهاد بشكل خاص، وأثناء النوبة التي تستغرق وقتا يمتد إلى بضعة شهور نجد أن أفكار المريض غير ممكن تصحيحها بالحجة والبرهان.
- حاله الهذاء المزمنة: وتبدأ بادراك هذائي ثم تتزايد نتيجة تراكم الهذاءات حتى تصبح مزمنة، وتصبح جزء لا يتجزأ من الشخصية،

ويبدأ المريض في تفسير جميع الظواهر المحيطة به تفسيرا خاصا، ويعلن أن هذا التفسير هو أول اختراع من نوعه في العالم، وعندما يشعر باعتراض المحيطين به على هذا التفسير يعتقد انه مضطهد وإنهم يحاربونه ويتآمرون عليه.

- حالة الهذاء: واهم أعراضها الهذاء العابر غير الدائم, وغير المنتظم مع وجود بعض اضطرابات التفكير.
- الفصام البارانوى أو الهذائى وهو صورة من صور الفصام.

(حامد زهران، ٢٠٠٠، ١٩٠-١٩١).

وبوجه عام يظهر المراهق متماسكا ومنطقيا، غير أن منطقيته تقوم على أساس فكرى خاطئ، ويتمركز فكره وسلوكه بغلبة تلك الهذيانات والمعتقدات الخاطئة، مما يجعله يدافع عن فكره وسلوكه بحرارة في الموضوعات الثابتة لديه (جنسية- دينية- سياسية)، كما يتركز خوفه الداخلي بشدة، في نفس الوقت الذي يرى الآخرين تلك المخاوف أنها سخيفة وغير حقيقية، فيبدأ لديه انعدام الثقة والشك في نوايا الآخرين تجاهه، وينعزل بمخاوفه مقرا انه لا يمكن الاعتماد أو الثقة في شخص آخر، إلى أن ينتهي به الأمر إلى أن الناس تتجسس عليه وتتحدث عنه ويراقبونه ويتبعونه، ويحاولون إلحاق الأذى به، وبذلك تتوقف الثقة في الآخرين تماما، وهنا يصعب منع الأفكار اللاعقلانية أو المخاوف لديه.

(Nuerdogiacroatica, 2005, p54)

ويمكن إجمال بعض الخصائص المشتركة للمراهقين الذين يعانون من الشخصية البارانوية فيما يلي:

- الشك دون مبرر في الآخرين والشك بأنهم يحاولون إلحاق الأذى والاحتيال عليه.
- التشكيك في ولاء من الأصدقاء.
- تجنب الحديث عن أنفسهم خوفا من استخدام هذه المعلومات ضدهم.
- تفسير تصريحات عارضة أو أحداث عامه على أنها رسائل موجهه لهم.
- حمل الضغائن للآخرين والسعي للانتقام دون سبب حقيقي.

- المبالغة في الغضب وازدراء الآخرين والحط من شأنهم.
- الغيرة المفرطة والمشبوهة على الآخرين بدون مبرر.

(حامد زهران وآخرون، ٢٠٠٠، ١٩٣).

٩- الذهانية: Psychoticism

يعرف الذهان أو المرض العقلي Psychotic بأنه اختلال شديد في الوظائف الشخصية والاجتماعية وكذلك السلوك الغريب، والأمراض العقلية هي الاضطرابات التي ترتبط كثيرا بالعبارة (أنه فقد صلته بالواقع)، والتي هي وصف مختزل للاختلالات التي تطرأ على عمليات التفكير عند الشخص، والوظائف المعرفية إذا اختلت لدى المريض انخفض أداؤه في الحياة ككل، وأصبح من الضروري إيداعه في المستشفى في كثير من الأحيان.

(شيلدون كاشدان، دت، ٩٢).

وتشير الذهانية إلى القابلية والاستعداد للاضطراب العقلي، وأيضا إلى نمط من أنماط الشخصية التي أشار لها أيزنك، حيث أشار إلى أن من لديه درجه من الذهانية لديه الاستعداد للاضطراب العقلي، ومن ثم فهو ليس المرض العقلي في حد ذاته ولكنه الاستعداد له, وهى عامل مكون في الشخصية يتأثر بالعوامل البيولوجية (الوراثة- بنية الجسم- التوازن الهرموني- وظائف الأعضاء) كما يتأثر بالعوامل البيئية (الجغرافية - الاجتماعية - الاقتصادية....)، وعلى الرغم من أهمية العوامل النفسية والبيئية في الاضطراب العقلي؛ إلا أن الدراسات الحديثه تشير إلى إن العوامل الوراثية والبيولوجية يلعبان الدور الأكبر في هذا الجانب.

www.mentalhealthegypt.com

الأعراض الذهانية:

يظهر على الذهانى التصدع والتفكك الواضح في شخصيته، فهو يفقد تكاملها فالأنا لديه مضطربة ولا يمكن التفاهم معه، ولا يصلح معه الإقناع العقلي أو المنطقي، كما لا يمكنه السيطرة على نفسه، إذا تطفو كل محتويات اللا شعور إلى الخارج، فيظهر عداوه لأشخاص لا يعرفهم وتظهر عليه التصرفات الغير طبيعية سواء بحسه أووجهه، ويتدهور بشكل واضح وفى الغالب يحتاج

إلى علاج طبي نفسي، وفى الغالب أيضا يكون التحسن بطيئا، فالوظائف العقلية لدى الذهانى متدهورة، فالتفكير غير مترابط بالاضافة للهذيان في الكلام، وقد تصبح لديه لغة جديدة غير مفهومه، ويشوب إدراكه بعض الهلاوس والضلالات، فيتصور انه احد الزعماء أو لديه القدرة على الاتصال بعالم الأرواح، ويكلم ويرى أشياء لا نراها ولا نسمعها، بالإضافة لعدم مسايرته للمعايير الاجتماعية، فهو غير مكترث بالآخرين كما يظهر الشذوذ في سلوكياته مثل: التعري والتجرد من الملابس أمام الناس، أو التبول أمام الناس، وقد يؤذى نفسه ويؤذى الآخرين, مع عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية والمظهر بشكل عام، وليس لديه القدرة على تسديد احتياجات نفسه، فهو فرد فقد استبصاره بنفسه وبالواقع. (فيولا موريس، ٢٠١٠، ١٠)

وتشير الأبحاث انه على الرغم من وراثة الفرد المنحدر من عائلة لها تاريخ بالاضطراب العقلي لهذا الاستعداد؛ ألا انه لا يطور الحالة بنفسه حيث يحدث الاضطراب فيما بعد نتيجة تفاعل الجينات الوراثية مع عوامل بيئية أخرى مثل الصدمات النفسية وعوامل التوتر المستمرة...التي تؤثر بدورها وتنشئ الاضطراب لدى من لديه القابلية.

كما يربط البيولوجيين بين الاضطرابات العقلية وعدم الاتزان بين بعض المواد الكيميائية في الناقلات العصبية، التي تصل إلى خلايا الدماغ وتساعد على تكامل الإدراك والحس والدفاع، فإذا كانت هذه العناصر غير متزنة أو لا تعمل بشكل صحيح، فان الرسائل لانتقل عبر الدماغ بصوره صحيحة، مما يؤدى إلى ظهور الخلل وأعراض المرض العقلي، والخلل في هذه المواد الكيميائية يوجد بشكل أساسي لدى المرضى العقليين، ويشير حموده أنها تتمثل في صورة أعراض الاضطراب العقلي بدرجات من: الهلاوس – الضلالات – السلوك الشاذ أو الغريب – فقر الأفكار – العزلة الاجتماعية – اضطراب المشاعر وتناقضها – فقد الدوافع – الهياج – العنف بأشكاله والتوهم الغير منطقي الذي يأخذ أشكال مثل: اعتقادات باطله، ثابتة، غريبة، أو غير عادية عقدت بحزم من قبل المريض وتكونت لديه، وإذا لم يقبل الاعتقاد من قبل الآخرين يحدث الصدام والهياج، كما أن الهلاوس تصيب الإدراك الحسي (الرؤية، والسمع، والشعور،

والرائحة) في حال عدم وجود الحافز الخـــارجي. (محمـــود حمـــودة، ١٩٩٦، ٥٢٨).

وما سبق يشير إلى حالة تؤثر على الدماغ، يتضح تأثيرها فـــي الطريقـــة التي يفكر ويشعر ويتصرف ويتعامل بها الفرد مع الآخرين والمحيطين، وعلـــى الرغم من تراوح هذه الحالة في شدتها بـــين الخفيفـــة (أعـــراض) أو الشـــديدة (اضطراب) فانه باستمرارها يصبح الفرد غير قادر على مواجهة أعباء الحيـــاة اليومية.

وعن تأثير البيئة كعامل مساعد في حدوث الاضطراب العقلي يشير عبـــد الستار إبراهيم إلى أن الأفراد ذوى الاستعداد الوراثي للذهان سريعي الانهيـــار، وغالبا ما يستجيبون أكثر من غيرهم للاضطراب نتيجة ضغوط وأزمات الحيـــاة التي تواجههم ويطرح في هذا السياق تساؤلان وهما:

هل يكون الانهيار لدى هؤلاء نتيجة هذه الأزمات؟ أم أن الفـــرد بســـبب استعداده الوراثي للانهيار وبناءه الهش يدرك هذه المواقف ويراها بشكل يثيـــر الاضطراب لديه, بينما هي ليست كذلك ؟

وهذان السؤالان أشار بهما إلى الحلقة المفرغة عند تفســـير الاضـــطراب العقلي, حيث يدع مجالا لطريقة إدراك وإحساس الفرد المشوه لهذه المواقف.

(عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٧).

ومن ثم فالاضطرابات العقلية تميل إلى التجمع في نفس الأســـر, الأمـــر الذي يشير إلى سيادة العوامل الجينية، أن خلل الناقلات العصبية فـــي الـــدماغ يكشف عن وجود عوامل بيولوجيه غير عادية لدى المضـــطربين عقليـــا، وان اختلال المواد الكيميائية شائع في العائلات ذوى الاضطراب العقلـــي بـــدرجات مختلفة، وهذا يشير إلى دور العوامل البيولوجية وتوارثها، وان التركيب الأسرى وما يترتب على المرض العقلي من عجز اجتماعي ونفسي لدى هذه الأسر يشير إلى سوء العوامل الاجتماعية والنفسية لدى أفرادها. (محمود حمـــودة، ١٩٩٦، ٥٢٨ -٥٣١).

ثانيا: المراهقة Adolescence

إن للمراهقة دورها المحوري في تشكيل حياة الفرد، وهو دورا ينعكس على كافة النواحي النفسية والاجتماعية والمعرفية والجسمية، والمراهقين في البلاد التي تسعى للتنمية والتقدم من الفئات المستهدف رعايتها، وفي ج.م.ع يشكل من هم دون الثامنة عشر من الأفراد حوالي نصف المجتمع طبقا لآخر تعداد سكاني لجهاز التعبئة العامة والإحصاء. (أحمد فوزي، ٢٠٠٨، ٧) .

ومن الشائع أن ينظر لكل مرحلة على أنها نقطة تحول رئيسية وهامة، وهناك اتفاق علني على اعتبار مرحلة المراهقة مرحلة غريبة وشديدة الخصوصية، فيشعر الطفل عندها بأنه يقترب من خط المواجهة مع الحياة، وتبرز الأخطاء التي مرت دون أن يلاحظها احد في أسلوب حياته، واضحة ومكبرة هكذا تجعلها المراهقة بحيث لا يمكن تجاهلها. (الفريد ادلر، ٢٠٠٥، ٢٣١-٢٤٦).

وهكذا يمكن اعتبارها من أهم مراحل النمو الإنساني، لما تتسم به من طفرة نمائية كبيرة يواكب هذه الطفرة النمائية تغيرات جذرية في كافة جوانب الشخصية، حيث يتضمن التغيير النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية والمعرفية، متضمنا العديد من التساؤلات والاستفسارات التي تبحث عن جواب في عالم الكبار، وتبلغ الصراعات ذروتها في هذه المرحلة. (إبراهيم عيد، ٢٠٠٣، ١٨١).

ويقسمها حامد زهران إلى ثلاثة مراحل وهي:

١- المراهقة المبكرة: من سن ١٢ سنة إلى سن ١٤ سنة وتقابل المرحلة الإعدادية.
٢- المراهقة الوسطى: من سن ١٥ سنه إلى ١٧ سنة وتقابل المرحلة الثانوية.
٣- المراهقة المتأخرة: من سن ١٨ سنة إلى ٢١ سنة وتقابل المرحلة الجامعية. (حامد زهران، ١٩٩٠، ٣٢٨).

وتم تقسيمها أيضا إلى:

١) مرحلة ما قبل المراهقة: Preadolescence "١٠-١٢" عام تقريبا ويطلق عليها ما قبل البلوغ أو التحفز والمقاومة، وتظهر لدى الفرد

عملية التحفز تمهيد للانتقال للمرحلة التالية من النمــو، وكــذلك تبــدو مقاومه نفسية تبذلها الذات من تحفيز الميول الجنسية، مع زيادة إحساس الفرد بجنسه، ونفور الفتى من الفتاة والابتعاد عنها والعكس.

٢) المراهقة المبكرة Early Adolescence " ١٣ - ١٦ " عام وهى تمتد منذ النمو السريع الذي يصاحب البلوغ حتى بعد البلوغ بسنة تقريبا، عند استقرار التغيرات البيولوجية عند الفرد، وفى هــذه المرحلــة المبكــرة يسعى المراهق إلى الاستقلال، ويرغب دائما في التخلص مــن القيــود والسلطات التي تحيط به ويستيقظ لديه الإحساس بذاته وكيانه عما قبل.

٣) المراهقة المتأخرة: Late Adolescence " ١٧ - ٢١ " عاما وفيهــا يتجه الفرد محاولا أن يكيف نفسه مع المجتمع الذي يعيش فيه، ويــوائم بين تلك المشاعر الجديدة وظروف البيئة، ليحدد موقفــه مــن النضــج محاولا التعود على ضبط النفس والابتعاد عن العزلــة، كمــا تتحــدد اتجاهاته إزاء الشئون السياسية والاجتماعية والعمل الذي يسعى إليــه. .(Stone et al, 1990, 268)

وتتصف المراهقة بالعديد من الخصائص منها:

- النمو الجنسي: حيث تمتاز المراهقة بسرعة النمو الجنسي نحو اكتمــال النضج، فيزداد الطول والوزن وتنمو العضلات والأطــراف، ولا يتخــذ النمــو معدلاً واحدًا في السرعة في جميع جوانب الجسم، كما توجد فروق بين الجنسين في هذه الناحية من النمو، ويرجع الاختلاف في المدى الزمني، والفروق الفردية الواضحة بين المراهقين في النمو الجسمي إلى:

اختلاف العوامل الوراثية - نوع الغذاء و توازنــه - نــوع الجــنس - الصحة العامة للأولاد أو البنات - ممارسة الألعاب الرياضية - البيئة الجغرافية وخصائصها. كما تؤدي التغيرات الجسمية المصاحبة للبلوغ إلى تغيرات أخرى تودي إلى الاستقلالية للمراهق والصراع مع الأسرة.

(عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٣، ٤٦)

- النمو الفسيولوجي: أي نمو وظائف أعضاء الجسم الداخليــة مثــل نمــو الجهاز العصبي الذي يظهر خلال: عمليات القلب، وضغط الدم، والتنفس

والهضم والإخراج والنوم، والتغذية والغدد الصماء، التي تؤثر إفرازاتها في النمو، وعليه فإن النمو الفسيولوجي هو مجموعة من العمليات الحيوية التي لا تخضع للمشاهدة البصرية، والتي تحدث داخل جسم المراهق، وتنعكس على المظهر الخارجي، حيث تبدأ الغدد بإفراز بعض الهرمونات، التي تساعد على انتقال الفرد من فترة الفتوة والصبا إلى فترة البلوغ، ويصبح بذلك مستعدًا للإنجاب، أي بروز خصائص ثانوية وأولية للجنس، وعليه فالبلوغ مؤشرا من مؤشراتها، وتتلخص أهم التغيرات الفسيولوجية على المراهق فيما يلي:

- تنمو المعدة وتزداد سعتها زيادة كبيرة، وتنعكس آثارها على الرغبة الملحة على الطعام.
- تنمو الغدد الجنسية ذات التأثير على العمليات المتصلة بالنضج الجنسي، حيث تصب الغدد النخامية إفرازاتها في مجرى الدم، وبذلك ينضج دور الغدد التناسلية، وتنتج الخلايا وهي الحيوان المنوي تنتجه لتخصيب الذكر، وإنتاج للبويضات بالنسبة للإناث.) كامل المعايطه، ١٩٩٦، ١٢١).

- النمو الهيكلي: ازدياد الطول والوزن، إضافة إلى التغيرات في أنسجة وأعضاء الجسم، وصفات الجسم الخاصة ببنية الجسم ولون البشرة والشعر...الخ، ولذا فالمراهق مع بداية هذه المرحلة تنصب اهتماماته حول التغيرات التي تطرأ على الجسم بشكل عام، حيث يؤثر في النمو الجسمي عاملان أحدهما داخلي وهو الوراثة والآخر خارجي وهو البيئة، ولما كان النمو العضوي للمراهق سريع، فإن هذه المرحلة تعتبر طفرة نمائية من حيث سرعة النمو، وتبدأ فترة النمو ما بين (١٠-١٤) سنة عند الإناث، ومن (١٢-١٥) سنة عند الذكور، ويستمر النمو حتى (١٨) سنة عند الإناث والعشرين عند الذكور، ويصاحب النمو السريع، والتغيرات الجسمية في هذه الفترة أعراض غير ملائمة: كالتعب والكسل وآلام الصداع وآلام الظهر والهزال، وتكون أكثر لدى الإناث، والرغبة في الانعزال والتفرّد، والميل للنوم لساعات طويلة، مما يسمح لأجسامهم

بالقيام بالوظائف الداخلية الضرورية، وتظهر الحساسية من الوزن عند الإناث، ونقص اللياقة في التعبير عن عواطفهم نحو الوالدين والجنس الآخر، مع الشعور بالقلق حين لا يتطور جسدهم بنفس النسبة التي يتطور بها أقرانهم.

(الزبير بن عون، ٢٠٠٩، ٢٠).

كما يستمر النمو العقلي والمعرفي في المراهقة سواء من الجهة الكمية والكيفية، ويكون التغير كميا بمعني أن المراهق يصبح أكثر قدرة علي إنجاز المهام العقلية، علي نحو أكثر سهولة وسرعة و كفاءة من الطفل، كما أن التغير يكون كيفيا بمعني أنه تحدث في المراهقة تغيرات في طبيعة العمليات المعرفية تجعلها مختلفة عن الطفولة. (فؤاد أبو حطب وأمال صادق، ١٩٩٠، ٣٦٩).

وأثناء مرحلة المراهقة يصل تفكير المراهقين إلى مرحلة التفكير التجريدي، ويكونوا بارعين في نقد اعتقاداتهم واتجاهاتهم وقيمهم وأهدافهم، وهذا التفكير ومهارات الاستنتاج تتيح للمراهقين الدخول إلى عالم جديد من الأفكار والقيم والاعتقادات، التي تؤثر علي حياتهم الاجتماعية والشخصية.

.(Rod plotnik, 1995, p. 403)

ومن أبرز خصائص النمو العقلي في المراهقة انه يأخذ في البلورة والتركيز حول نوع معين من النشاط، فيتجه المراهق نحو الدراسة العلمية أو الأدبية مثلا، بدلا من تنوع نشاطه واختلاف اهتماماته، وكذلك من خصائص هذه الفترة نمو قدرات الانتباه والتعلم والتذكر، وفى هذه المرحلة أيضا يصبح الخيال مجردا مبنيا على أساس استخدام الصور الذهنية والمعاني المجردة.

(راوية احمد شتا، ٢٠٠٦، ٢٣١-٢٣٢).

ويشير النمو الاجتماعي إلى الكيفية التي تنمو بها العلاقات مع الآخرين، وتنمية المهارات المفيدة في التفاعلات الاجتماعية، التي تتميز بأنها أكثر اتساعا وشمولا عنه في المراحل السابقة لتستمر عملية التطبيع والتنشئة الاجتماعية. (فؤاد البهى السيد، ١٩٩٧، ٣٣١).

وتتضح عملية النمو الاجتماعي عبر اتجاه المراهقين إلى الاستقلال والتحرر من قيود الأسرة وتبعاتها، ويمكن التعبير عن محاولة الاستقلال تلك

بالتمرد على سلطة الأبوين، ويمكن أن يمتد هذا التمرد إلى كل أشكال السلطة مثل المعلمين والمدرسة والمجتمع كله بتقاليده وقيمه، كذلك الولاء والانتماء لجماعة الأقران، حيث يميل إلى الارتباط معهم في نفس الوقت الذي يسعى فيه إلى التحرر من قيود الأسرة، والميل إلى الزعامة في حال بروز الشخصية، الميل إلى الجنس الآخر ومحاولة جذب الانتباه والاستعراضية، والمنافسة والميل إلى التفرد، وتسيطر أحيانا نزعة الأنانية التي تبدو في شكل صراع ومعاناة وتوتر وربما يصاحب ذلك الانتقام، والعناية بالنفس والاهتمام بالمظهر الخارجي ومسايرة الموضة، والشعور بالمسئولية الاجتماعية، والميل لمساعدة الآخرين وتكوين صداقات، وضوح الاتجاهات والميول لديهم. (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٢، ١٧١).

ويحدث خلال ما سبق تنبيه للفوارق بين الأفراد والطبقات، فيزداد نقده لنفسه وللجماعة حوله، وتشير هيرلوك أن نمو الإدراك الاجتماعي، يمكن المراهق من أن يميز بين من يعتبرهم أعلى منه ومن يعتبرهم أدنى منه.
(مصطفى سويف، د.ت، ٢٣٧).

والنمو النفسي والانفعالي في مرحلة المراهقة تغلب فيه الاضطرابات والقلق، وتنتاب المراهقين دائمًا مشاعر القلق والشعور بالذنب وعدم الاستقرار، ولديهم ميل إلى الثورة والتمرد علي الوالدين، والخروج عن القيم والعادات والتقاليد السائدة، كما تتسم بحدة الانفعالات واندفاعها، ويجتاح المراهق ثورة من القلق والضيق، ويرجع ذلك إلى تطلعه نحو التحرر والاستقلال بشتي الطرق، وتتطور لديه مشاعر الحب والميل إلى الجنس الآخر، وتظهر انفعالات الفرح والسرور عندما يشعر المراهق بالقبول والتوافق الاجتماعي، ويتعرض لحالات اليأس والانطواء والاكتئاب لما يجده من إحباط وما يعاني من صراع بين الدوافع وبين التقاليد والقيم. (حامد زهران، ١٩٩٠، ٢٤٧).

كما تتصف الحالة الانفعالية للمراهق بعدم الثبات والحساسية الشديدة المرهفة، ويتذبذب فيها الانفعال بين الحب والكره والشجاعة والخوف، ومن العوامل المؤثرة في انفعالات المراهق التغيرات الجسمية الداخلية والخارجية والعمليات والقدرات العقلية والتآلف الجنسي والعلاقات العائلية والشعور الديني.

(Aaron Hesman, 1990, p. 16)

ويظهر حين ذلك الحيل الدفاعية محل التوازن أو المبالغة لدى المراهقين كالآتي:

- قلب المشاعر للضد فالمراهق الذي لا يستطيع الانفصال قد يعكس اعتماديته ويحول الحُب إلى عِناد والارتباط إلى ثورة، الانطواء بتوجيه الاهتمام للداخل بدلاً من الخارج، النكوص حيث ينكص لاهتمامات طفليه، الكبت للدفاع ضد نزعات المراهقة، التكوين العكسي، المثالية، العقلنة، النقل ونتيجة لما سبق تتضح المشكلات الناتجة عن الاستخدام المرضى للحيل الدفاعية وبدء نشأة الاضطرابات في عدة أشكال:
- الصراع الداخلي: حيث يعاني المراهق من جود عدة صراعات داخلية، ومنها: صراع بين الاستقلال عن الأسرة والاعتماد عليها، وصراع بين مخلفات الطفولة ومتطلبات الرجولة والأنوثة، وصراع بين طموحات المراهق الزائدة وبين تقصيره الواضح في التزاماته، وصراع بين غرائزه الداخلية وبين التقاليد الاجتماعية، والصراع الديني بين ما تعلمه من شعائر ومبادئ ومسلمات وهو صغير وبين تفكيره الناقد الجديد وفلسفته الخاصة للحياة، وصراعه الثقافي بين جيله الذي يعيش فيه بما له من آراء وأفكار والجيل السابق.
- الاغتراب والتمرد: فالمراهق يشكو من أن والديه لا يفهمانه، ولذلك يحاول الانسلاخ عن مواقف وثوابت ورغبات الوالدين كوسيلة لتأكيد وإثبات تفرده وتمايزه، وهذا يستلزم معارضة سلطة الأهل؛ لأنه يعد أي سلطة فوقية أو أي توجيه إنما هو استخفاف لا يطاق بقدراته العقلية التي أصبحت موازية جوهريًا لقدرات الراشد، واستهانة بالروح النقدية المتيقظة لديه، والتي تدفعه إلى تمحيص الأمور كافة، وفقا لمقاييس المنطق، وبالتالي تظهر لديه سلوكيات التمرد والمكابرة والعناد والتعصب والعدوانية.
- الخجل والانطواء: فالتدليل الزائد والقسوة الزائدة يؤديان إلى شعور المراهق بالاعتماد على الآخرين في حل مشكلاته، لكن طبيعة

المرحلة تتطلب منه أن يستقل عن الأسرة ويعتمد على نفسه، فتزداد حدة الصراع لديه، ويلجأ إلى الانسحاب من العالم الاجتماعي والانطواء والخجل. (محمود حمودة، ٢٠٠٥، ٨٢).

- السلوك المزعج: ويسببه رغبة المراهق في تحقيق مقاصده الخاصة دون اعتبار للمصلحة العامة، وبالتالي قد يصرخ ا، يشتم ا، يسرق ا، يركل الصغار ويتصارع مع الكبار أو يتلف الممتلكات، ويجادل في أمور تافهة، ويتورط في مشكلات، ويخرق القوانين وخصوصية الآخرين، ولا يهتم بمشاعر غيره.
- العصبية وحدة الطباع: فالمراهق يتصرف من خلال عصبيته وعناده، يريد أن يحقق مطالبه بالقوة والعنف الزائد، ويكون متوترًا بشكل يسبب إزعاجًا كبيرًا للمحيطين به. ويكون المراهق شديد الحساسية وتزداد المخاوف المتوهمة فيشعر المراهق بالقلق من المشكلات المتعلقة بكفاءاته الشخصية والاجتماعية ويكون كئيبًا في أغلب حالاته ويتم التعليق على أغلب انفعالاته من الآخرين مما يزيد من شعوره بأنه لم يعد محبوبًا من أحد (مكروه من العالم – العالم كله ضده).
- وتجدر الإشارة إلى أن كثيرًا من الدراسات العلمية تشير إلى وجود علاقة قوية بين وظيفة الهرمونات الجنسية والتفاعل العاطفي عند المراهقين، بمعنى أن المستويات الهرمونية المرتفعة خلال هذه المرحلة تؤدي إلى تفاعلات مزاجية كبيرة على شكل غضب وإثارة وحدة طبع عند الذكور، وغضب واكتئاب عند الإناث.
- النفور من العمل والنشاط: فيبدو علية التعب بشكل واضح فيؤدى أقل مما يمكن في المنزل، ويهمل واجبات المدرسة، ويكون بسبب النمو الجسمي السريع الذي يفوق طاقته وليس بسبب تغير في المستوى العقلي أو يكون كسلا إراديا، وكلما كانت التغيرات مفاجئة عند البلوغ كانت التغيرات في أدائه وتحصيله الدراسي، وكلما زاد اللوم على قلة نشاطه زادت النتائج سوءًا.

- عدم التآزر: يحدث في فترة المراهقة تأخر مؤقت في أنماط معينة من التآزر والتوازن والرشاقة، فتتناقص القدرة الحركية ويختل المشي ويعود الفتى إلى طبيعته تدريجيًا بعد التكيف مع التغيرات الحادثة.
- الملل: يمل من ألعابه السابقة الممتعة له ويظهر ذلك في رفضه الاشتراك في الأنشطة ويصفها بأنها "طفوليه"، وحين لا يقابل سلوكه بالتقبل من الآخرين يظهر عليه اللامبالاة أو الإحساس بالنبذ أو الرفض.
- عدم الاستقرار: فينتقل من نشاط لأخر ولا يشعر بالرضا من أي من هذه الأنشطة ويصاحب ذلك مشاعر القلق.
- مقاومة السلطة: يحدث في فترة المراهقة أكبر قدر من الصراع والنزاع بين المراهقين ووالديهم وخاصة الأم وذلك لأنها أكثر اتصالا بالمراهق داخل المنزل، كما يسعى المراهق إلى مقاومة كل أنواع السلطة، وحين يفشل يزداد عنادًا وقد يلجأ إلى الانسحاب أو يصدر منه ما قد يعتبر (سوء سلوك)، ويتناقص ذلك تدريجيًا أثناء المراهقة وخاصة مع اكتمال النمو والنضج الجنسي.
- رفض الجنس الأخر: يظهر في نهاية الطفولة المتأخرة ويصل إلى قمته في فترة البلوغ، ويكون رفض الإناث للذكور أكثر من رفض الذكور للإناث ويظهر ذلك في صورة العداء الصريح بينهما (النقد المستمر – التعليق اللاذع) والشعور بعدم الثقة بالنفس.

(عادل المدني وعلي إسماعيل، ٢٠٠٨، ٥٢-٥٨).

فإنه من الناحيتين الشخصية والاجتماعية ويختفي هذا الشعور خلف العناد، فيرفض القيام بالمهام المكلف بها خوفًا من الفشل والعجز، أو يختفي خلف كثيرًا من التباهي والتفاخر بقدراته ثم الانسحاب عندما يكلف بأداء المهام موضع هذا التباهي، وينشأ معظم الشعور بعدم الثقة من الأسباب الآتية:

أ – نقص المقاومة الجسمية و القابلية الشديدة للتعب.

ب- الضغوط الاجتماعية المستمرة التي تطلب منه القيام بما هو أكثر مما كان يؤديه من قبل.

ج- نقد الكبار لطريقته في أداء العمل أو لعدم قيامه به.

- الاهتمام بمسائل الجنس: فينشغل في مسائل الجنس الذي يشغل معظم وقته وتفكيره، فيقارن بين جسمه وأجسام الآخرين من أقرانه من نفس الجنس ويقرأ الكتب للحصول على بعض المعلومات الجنسية ويلجأ إلى بعض المصادر غير الدقيقة مثل الأصدقاء أو لخدم أو أفلام الجنس أو الكتب الرخيصة، و يقوده ذلك إلى بعض المشاكل الجنسية و خاصة ممارسة العادة السرية، وتقل حدة الانشغال مع اكتمال النضج الجنسي و خاصة مع توافر ظروف تربوية مناسبة.
- أحلام اليقظة: أفضل وسائل قضاء الوقت لدى المراهق وعادة ما تدور أحلامه حول أنه بطل مظلوم مغبون الحق، ويكون الظلم المتخيل من نوع سوء الفهم أو سوء معاملة الوالدين أو المعلمين أو المجتمع، وتكون الأحلام بهذه الصورة مصدرًا هامًا للتعبيرعن الانفعالات وإشباع الدوافع فهو يستمتع بالحلم لأنه يعلم أنه منتصر في نهاية الحلم ولكنه للأسف يدعم فيه اعتقاده بأنه غير محبوب، وكلما ازداد المراهق اندماجًا في هذه الأحلام يزداد بعده عن الواقع و يزداد تكيفه الاجتماعي سوءًا.

(على إسماعيل، ٢٠٠٩، ٦-٧).

يتضح مما سبق أن هناك خمسة أنواع من التغيرات المتزامنة التي تتزامن مع خلال مرحلة المراهقة ويشترك فيها جميع المراهقين في العالم وبلا استثناء ويتعامل من خلالها المراهق وهي:

إن نسبة ودرجة النمو العاطفي (الانفعالي) تضاهى نسبة ودرجة وسرعة التغيرات الجسمية والنفسية التي تحدث في هذه الأثناء، وذلك لأن هذه التغيرات عادة تتواصل بإيقاع أسرع في أوائل المراهقة والنمو العاطفي يزداد كذلك عادة في سن المراهقة، كما أن سرعة التغيرات التي تتزامن مع النمو الجنسي تجعل المراهقين غير واثقين بأنفسهم وبقدراتهم وهواياتهم أو رغباتهم، كما أنهم

يشعرون بحالة من القلق الشديد الذي يتفاعل في كثير من الأحيـان علـي أثـر التدابير الغامضة التي يواجهونها من قبل المعلمين وأولياء الأمور.

وإن التغيرات العضوية التي تؤدي إلى انفتاح المراهقين علي الوظـائف والأدوار التي يتوقع منهم القيام بها في الأوساط الاجتماعية وينتج عنها مسـائل جديدة، وهذه التغيرات كبيرة جدًا بالنسبة للمراهقين الصغار، وتبدو أصعب فـي حلها مما كانوا يتصورون فهؤلاء يجدون أنفسهم في هذه في صراع مع ذويهـم ومشكلاتهم الخاصة قبل أن يتمكنوا من العمل علي حل قضـاياهم ومشـكلاتهم الخاصة، ومثلما تتغير نماذج الميول والسلوك فكذلك تتغير القيم والأفكار أيضًـا فإن كان يحظي بالأهمية في مرحلة الطفولة تقل الأهمية وهم علي أعتاب سـن الشباب، فعلي سبيل المثال يهتم بالأصدقاء والأقران الذين يتمتعـون بالجاذبيـة وينسجمون معهم ويصبح النوع أهم من الكم في نظرهم.

ويتسم أغلب المراهقين أثناء هذه التغيرات بحالة من التذبذب، ففي الوقت الذي يطالبون فيه بالاستقلال في شئونهم نجدهم في الكثير من الأحوال يخـافون من المسئوليات التي تترتب علي استقلالهم وتختبر قدراتهم.

(محمد رضا الشرفي، ١٩٩٨، ٤٤- ٤٥).

ثالثا: الاضطرابات الوجدانية

Mood (Affective) Disorders

هي تغير في المزاج أو الوجدان ويمثل هذا التغير الخلل الأساسي في هذه الاضطرابات ويكون في اتجاه الاكتئاب مع أو بدون قلق، أو في اتجاه الابتهاج، وعادة ما يصاحب هذا التغير تغير في مستوى النشاط الكلى. (أحمـد عكاشـة، ٢٠٠٧، ٣٣٩)

* تصنيف الاضطرابات الوجدانية (اضطراب المزاج):

(تبعا للتقسيم العالمي العاشر للأمراض - الفصل الخـامس - ١٩٩٢ - منظمة الصحة العالمية)

١- نوبة هوس (ابتهاج) Manic Episode

أ - هوس خفيف الشدة. Hypomania

ب- هوس دون أعراض ذهانية. Mania without Psychotic

ج- هــوس مــع أعــراض ذهانيــة. Mania with Psychotic symptoms

٢- اضطراب وجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder

أ- النوبــة الحاليــة هــوس خفيــف الشــدة: Current Episode Hippomanic

ب- النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية.

Current Episode Mania without Psychotic symptoms

ج- النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية.

Current Episode Mania with Psychotic symptoms

د- النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة.

Current Episode Intermediate or Server Depression

(١) دون أعراض بدنية.

(٢) مع أعراض بدنية.

ه - النوبة الحالية اكتئاب شديد.

(١) دون أعراض ذهانية.

Psychotic Current Episode Sever Depression Without

(٢) مع أعراض ذهانية.

Current Episode Sever Depression Psychotic symptoms

ز- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية مختلطة.

Current Episode Mixed

٣- نوبة اكتئاب: Depression Episode

أ- خفيفة الشدة دون اعرض بدنية أو مع اعرض بدنية

Med Severity Moderate

ب- متوسطة الشدة دون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية

Med Severity Moderate

ج- شديدة دون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية.

٤- اضطراب إكتئابى متكرر.

٥- اضطرابات وجدانية مستمرة.

Persistent mood (Affective) Disorders

أ- المزاج النوابى.

ب- عسر المزاج.

٦- اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى.

والحق إن تقسيم اضطرابات المزاج عسير حد كبير بل وغاية في التعقيد، نظرًا لتداخل عدة عوامل وراثية، بيئية، كيميائية، جسدية، وبيولوجية، بل أيضًا نظرًا لاختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض. (احمد عكاشة، 2007، ٣٩٦).

وتعنى الدراسة الحالية بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذي سنتناوله نشئ من التفصيل:

- **تعريف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:**

Bipolar Affective Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (اثنين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق. ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس أو هوس خفيف)، وفى أحيان أخرى من هبوط في المزاج، وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب) وأحيانا تكون من النوع المختلط ويمثل النوع المختلط من (الهوس والاكتئاب) حوالي ٣٠-٤٠ % من حالات ثنائي القطب. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ٤٠٧).

- *** تصنيف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:**

أ- النوبة الحالية هوس خفيف الشدة.

ب- النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية.

ج- النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية.

د- النوبة الحالية إكتئاب متوسط أو خفيف الشدة.

ه- النوبة الحالية إكتئاب شديد دون أعراض ذهانية.

و- النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية.

ز- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية مختلطة.

(تبعا للتقسيم العالمي العاشر للأمراض العقلية والسلوكية - الفصل الخامس - ١٩٩٢ منظمة الصحة العالمية.)

٤- الاضطراب ثنائي القطب (النوع الأول):

اضطراب يتسم بحدوث نوبة هوس واحده أو أكثر أو نوبة واحده من نوبات الاكتئاب العظمى على الأقل، أو النوبات المختلطة وتتلخص خصائص نوبة الاكتئاب العظمى فيما ذكر في فقره نوبة الاكتئاب العظمى. وأهم أعراض نوبة الهوس فتتلخص كالتالي:

١- درجة كبيرة في الشعور بالعظمة.

٢- سرعة الاستثارة بالإضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل: تضخم الأنا ومفهوم الذات -عدم الحاجة للنوم- ضغط الكلام (الكلام الكثير) - تطاير الأفكار والانتقال من موضوع إلى أخر- الانتباه للأشياء الصغيرة الغير هامه - زيادة النشاط الهادف اجتماعيا وعمليا أو أحيانا كاستجابة لمثيرات خارجية أخرى.

٣- الانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون فيها احتمال الألم.

٤- تستمر الحالة أسبوعا على الأقل.

وتتلخص أهم أعراض الهوس بنفس الأعراض السابقة، ألا أنها تدوم على الأقل أربعه أيام كما أنه يمكن ملاحظتها من الآخرين، إلا أنها أقل شده بحيث لا تصل إلى درجه إعاقة الفرد اجتماعيا أو عمليا.

- الاضطراب ثنائي القطب (النوع الثاني) يشمل على عدد من نوبات الهوس وعدد من نوبات الاكتئاب المتناوبة الشديدة.
- الاضطراب الدوري: تستمر نوبات الهوس والأعراض الاكتئابية، والتي لا تقابل نوبة الاكتئاب العظمى، وتستمر لمدة سنتين على الأقل لدى الراشدين وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال كما أنها لا تنقطع لأكثر من شهرين.
- الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد: تشمل الاضطرابات ثنائية القطب التي لا تقابل أعراضها معايير التصنيف تحت أي من

الاضطرابات ثنائية القطب السابقة الذكر، مع التحول السريع بين الهوس والاكتئاب في اليوم الواحد مثلا أو دورية الهوس الخفيف بدون أعراض اكتئابية.

- الاضطرابات المزاجية المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية: تتمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي، أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية، و تظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع.
- الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة (المرضية): تمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي، ونوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة.
- الاضطرابات المزاجية غير المحددة: تشمل الاضطرابات التي تظهر فيها أعراض اضطراب مزاجي, والتي لا تقابل المعايير المحددة للتصنيف تحت أي من الأنماط السابقة الذكر، ويكون هناك صعوبة في الاختيار بين الاضطراب الإكتئابى غير المحدد أو الاضطراب ثنائي القطب المحدد. (رفاه لمفون، ٢٠٠٩، ٣٨٨).

*** الخصائص المميزة لذهان الهوس الإكتئابى (ثنائي القطب):**

يحددها دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسي، قائمة الفئات التشخيصية، الجوانب الآتية كخصائص مميزة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

١- النوع الإكتئابى:

في هذا النوع لا تظهر إلا نوبات الاكتئاب وتتصف هذه النوبات بالبداية المفاجئة لانحراف شديد في المزاج في اتجاه الحزن والهم، وأيضًا البطء الحركي والذهني، وقد يسبق ذلك درجات متراوحة من زيادة النشاط، وقد يوجد معها شعور بعدم الارتياح والارتباك والتهيج، وإذا ما ظهرت أعراض تغير الذات أو الواقع أو الخداع الحسي أو الهلوسة أو الضلالات (التي تكون عادة من نوع ضلالات الذنب أو توهم المرض والأفكار البارانوية، فإنها يمكن أن تعزى جميعًا اضطرابات المزاج).

٢- النوع الهوسى:

في هذا النوع لا تظهر إلا نوبات الهوس، وتتصف هذه النوبات بالمرح والثرثرة، وتطاير الأفكار وسرعة الكلام والحركة، وحين يتهيج المريض، فإنه يمكن التفرقة بينه وبين التهيج الكتاتونى فان المريض هنا يتصف تشتت الانتباه، كما تحدد البيئة من حوله أفعاله ويبدو نشاطه مثل شخص متسرع جدا، ينتقل من نشاط إلى أخر في عجلة، أما عاطفته فإنها تظهر في نوع من الانتعاش العابث أو الغضب، وهى دائما منطلقة ومنتشرة، إما كلامه فيظهر اضطرابا كميا في عمليات الترابط بالمقارنة بذلك الاضطراب الكيفي الذي يحدث في الفصام.

٣- الهوس والاكتئاب النوع المختلط:

خصصت هذه الفئة للمرض الذين تظهر فيهم أعراض الهوس والاكتئاب في نفس الوقت تقريبا (دليل تشخيص الأمراض النفسية)

*** الأعراض المرضية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب:**

أ- نوبة الهوس:

١- تطاير الأفكار وتشتت الحديث.
٢- تصرفات شاذة تتسم بالانفعال والسرعة وزيادة النشاط الحركي النفسي.
٣- المرح والسرور والثقة الشديدة بالنفس، ومن ثم تنفيذ ما يطرأ في ذهنه دون مراعاة للقانون أو القيم أو الأخلاق أو التقاليد.
٤- قد يصاحبه تهيج فيعتدي على الآخرين، ولا تعنيه سلامة الآخرين ولا سلامته هو نفسه.
٥- قد ينقلب النشاط رغبة ملحة في السيطرة وإصدار الأوامر. وتقترن هذه الحالة بهذاءات العظمة والاستعلاء والإسراف في إتيان الحركات الجنسية المبتذلة دون خزي وخاصة في الحالات الشديدة.
٦- في الحالات التي يتعدى فيها المرض النواحي الوجدانية النواحي الذهانية يصاب المريض بالهلاوس والهذاءات.
٧- اضطراب الوعي الزمان والمكاني وفقد الاستبصار (الحالات الشديدة).

٨- سرعة الاستثارة في الحالات الشديدة حيث يغلب اضطراب الإدراك.
٩- الإرهاق والإنهاك والأرق واضطراب النوم بصفة عامة (الحالات الشديدة).
١٠- إسراع ضربات القلب وفرط العرق والإنهاك واحمرار الوجه واهتزاز الأطراف، واضطراب الإخراج واضطراب الحيض لدى المرأة مع زيادة النشاط الجنسي والاستعراضي.
١١- الهوس الحاد تشتد فيه الأعراض بحده ملحوظة فيصبح الفرد خطرا على نفسه وعلى الآخرين.
١٢- تزداد أعراض الهوس الحاد صباحا إذا ما قورنت بالمساء وتستمر النوبة الحادة أياما أو أسابيع يعقبها حاله من الإنهاك الشديد.

ب- نوبة الاكتئاب:

١- انقباض الصدر والشعور بالضيق، وفقد الشهية، نقص الوزن، والصداع والتعب الدائم.
٢- خمود الهمة والشعور بالأم خاصة آلام الظهر وضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي، وتأخر زمن الرجع.
٣- الأزمات الحركية وتنعكس مظاهر الكسل الحركي على النطق والكلام والرغبة في الانعزال.
٤- الشعور بالوحدة وبان حياته (المريض) تمثل عبأ عليه وعلى الغير ويحاول الانتحار.
٥- نقص الشهوة الجنسية والتوهم المرضى.
٦- انخفاض الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه.
٧- الشعور بالنقص والشرود حتى الذهول والتشاؤم المفرط وخيبة الأمل.
٨- نقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة.
٩- إهمال النظافة والمظهر الشخصي.

١٠-بطء التفكير، الشعور بالذنب، واتهام الذات، وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها، وخاصة في الأمور الجنسية.

١١- في الحالات الشديدة يقدم على الانتحار عدة مرات حتى ينجح.

دليل تشخيص الأمراض النفسية في (سهير كامل احمد، ١٩٩٨، ١٦-١٧)

- ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي):

يتميز هذا النوع من الاكتئاب بدورات مختلفة من اكتئاب شديد إلى الابتهاج والشعور بالفرح غير المألوف لدى الشخص، وأحيانا يكون هذا التغيير تدريجيا، وأحيانا يكون سريعا جدا، وعندما يكون المريض في دورة الهوس فإنه يمر بعدد من الأعراض تشمل:

تغير المزاج من السرور الشديد إلى الحزن الشديد والعكس وبشكل غير ملائم للظروف، الأرق وقلة النوم، واضطراب في التفكير، والشعور بالعظمة، وسرعة الكلام وعدم ترابط الأفكار، والازدياد الملحوظ في الرغبة الجنسية، سوء التصرف في المواقف الاجتماعية، وزيادة الحركة والطاقة.

(تونسي، ٢٠٠٢، ٤٧).

ويكون الاكتئاب ثنائي القطب إذا كان يتناوب حدوثه مع حالات من الزهو، والحالات المزاجية المختلطة، ويكون أحادي القطب إذا تكرر كحالات اكتئاب، دون أن يتخللها حالات من الهوس. (سرحان، ٢٠٠١، ٣٨).

الأعراض الذهانية المصاحبة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

الهذيان Delusion ويعرف بأنه اعتقاد مرضي في وقائع غير حقيقية، أو تصورات خيالية لا أساس لها في الواقع، ويقول علماء التحليل النفسي أن أكثر موضوعات الاعتقاد شيوعًا هي العظمة والاضطهاد والغيرة والذنب..الخ، لذا فإن المريض الذهاني "العقلي" يعمل على تبريره مستعيناً في ذلك بالتفسيرات الزائفة الخاطئة التي كونها، عن تلك الأمور فضلاً عن المدركات الحسية الأخرى، التي يغلفها التوهم وهي الهلاوس، فالهذيان كما يقول(فرويد) يشتمل على عناصر منطقية، تتفاوت أهميتها من مرض إلى آخر، كما يختلف مدى استخدامها في بناء الهذيان ذاته، ومن ثم تبدو الهذيانات بأنواعها في شدتها

وحالاتها الخفيفة واتساقها أو تناثرها المنطقي هي ابتعاد عن الواقع المعاش إلى عالم آخر يعيشه المريض الذهاني، والهــلاوس Hallucination وهــي إدراك حسي بدون موضوع خارجي، وهو ينتج عن تجسيم ظواهر ذاتية خاصة بحتــة تجسيمًا موضوعيًا، وكأنها حقائق حتى وصف أطباء النفس مريض العقل بأنــه يرى ويسمع ويحس، كما لو كان ثمة منبه حقيقي في داخله، فهو لا يــرى فــي هلاوسه أنها اعتقادات خاطئة لا صحة لها، بل يؤكدها ويصر عليهــا، ويعتقــد اعتقادًا جازمًا بأنها حقيقة، وهذا نراه في بعض مرضى الفصام "الشــيزوفرينيا" تحديدًا، عندما يعتقد انه المهدي المنتظر، أو انه السيد المسيح، أو انه نبي جديــد جاء يصلح الناس، أو انه من الصالحين جاء يصلح أمور البشرية.

وهناك أنواع من الهلاوس مثل:

البصرية: يرى الأشياء وحده، بينما لا يراها المحيطين به.

السمعية: يسمع أصوات ويتحدث مع ملائكة أو أشخاص منزلين عليــه من السماء، كما يعتقد هو أو بعض البسطاء من الناس.

شميه: أن مريض العقل يشم روائح ربما كريهة، أو عبقــة عطــرة، لا يستطيع الآخرين شمها، وربما يعتقــد أنهــا تخصــه لوحــده، وأرسلت إليه من جهة خفية

ذوقية: عندما يأكل أي طعام يتذوق الطعام بطعم خاص، وبنكهة خاصة لا يعيها المحيطين به.

حركية: فكثيرًا ما نشاهد مرضى العقل يقومون بأعمال غريبة ومثيرة، وحركات لا يمارسها الأسوياء من البشر، مثلاً رفــع حاجــب العين عدة مرات، أوتحريك عضلات الوجه، أو اتخاذ الوضــع الجنيني في النوم لعدة أيام، أو الوقوف على رجل واحدة لعــدة أيام دون الشعور بالتعب أو الملل ..الخ).

(اسعد الأمارة، ٢٠٠٥).

*** الحيل الدفاعية في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:**

تعد الحيل الدفاعية في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب غير ناجحة حيث لا يقاوم المريض مرضه، بل يميل أن يعيش معه، ويمكن تبني أهم الدفاعات التي تؤدى وظيفتها على النحو الآتي:

١ - النكوص:

أ- أن النكوص في الهوس لا يعتبر مناورة دفاعية، فان صدمة الهوس علامة على إن نكوصا، ذهانيا، تحتيا شاملا قد يحدث، وان النكوص عام وعميق إلى مدى بعيد، وهنا لا يستطيع المريض أن يتعامل مع بيئة بنجاح، وهو أيضًا علامة على أن الدفاع فاشل وان أنواعا أخرى من الدفاع قد حلت محله.

ب- لا يعد النكوص في الانتكاسات الاكتئابية دفاعا ناجحا، حيث انه يظهر المخاوف الطفلية، ويصل المريض إلى مرحلة لا يجد فيها مساعدة، رغم ضغط المطالب الملحة، فالنكوص جزئي في الاكتئاب العصبي، ويمكن أن يستخدمه الإكتئابى العصابى كي يحصل على اتصال فعال مع عالم الموضوعات الحقيقة، الناس والأحداث، وعندما يكون النكوص عميقا فانه يصبح شاملا، يفقد المريض الاتصال بالواقع الخارجي وهنا يصبح ذهانا، فالإكتئابى يحتفظ بجزء من تكامل أناه ومن هنا يظل تنظيمه الدفاعي سليما حد ما.

٢- الكبت:

أ- الكبت فاشل تماما في انتكاسات الهوس ولذلك فان الحوافز اللاشعورية تهدد بالخروج وتدنس المكونات الشعورية، ويتحقق هذا التهديد عندما تحدث صدمة الهوس.

ب- يخفى الإكتئابى هربه من الذهان بقدرته على إيقاع دفاع كبته في مستوى معقول من التأثير.

٣- الإسقاط: هو رد عدوان الأنا الأعلى الحقيقة الخارجية، هذا يعنى إرجاع اتجاهات الأنا الأعلى للأشخاص الآخرين، والأشخاص الذين يحبون المريض يتهمون المريض دائما بإحساسه بفقدان القيمة،

والإسقاط يتيح الفرصة للمريض لكي يحتج بوضوح – كما يفعل في الطفولة، وذلك بان يقول انه غير محبوب.

٤- تكوين رد الفعل: يظهر خلال النشاط الزائد والثرثرة والضحك والمرح والغناء، وكلها أساليب الهوس، كي يدعم إنكاره القوى وكبته الضعيف بتكوين رد الفعل، وهذا يعنى انه ينكر اكتئابه ومسبباته فحسب، ولكن أيضًا يتجه العكس الواضح للاكتئاب بصورة مبالغ فيها.

٥- الإنكار: يدعم الإنكار في الهوس بتكوين رد الفعل، وينقل ما يحتمل أن يكون اكتئابيا إلى زهو ألا انه سطحي عكس الاكتئاب، وبه إرغام بالفعل و كثير من علامات الاكتئاب أو يستخدم الإنكار أساسا لتحويل ما كان اكتئابا ذهانيا إلى انتكاسا هوسيا، ويصل الإنكار في الهوس إلى أكثر من اتجاه حيث تنكسر مسببات الاكتئاب، وتمهل مؤثرات الكارثة الحالية.

(سامي هنا، ١٩٧٨، ١٤٩- ١٥١).

مدى انتشار الاضطرابات الوجدانية (اضطرابات المزاج):

تعتبر اضطرابات المزاج من أكثر الأمراض النفسية شيوعا وهى مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين ألاف من أفراد الشعب، ويكفى القول إن ٥٠ – ٧٠ % من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الاكتئاب ومن العسير تحديد نسبة انتشار المرض نظرًا لان الحالات البسيطة تشفى تلقائيا ولا تتردد على الأطباء.وقد وجد احمد عكاشة وطارق عكاشة إن نسبة الأمراض الوجدانية في مصر تصل ٣٤,٥ % موزعة كالاتى:

١٩,٧% إكتئابى تفاعلي (عسر المزاج)، ٨,٦ % ذهان المرح الإكتئابى (اضطراب وجداني ثنائي القطب)، ٥,٢ % اكتئاب توقف الطمث (نوبة اكتئابية متأخرة) وذلك من المترددين على عيادات الطب النفسي.

(أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ٤١٩).

وقدم عبد الستار إبراهيم جدول بين نسبة انتشار الاضطرابات بين التوائم وكان كالأتي:

جدول (١) نسبة انتشار الاضطرابات بين التوائم

نوع الاضطراب	التشابه بين التوائم المتطابقة	التشابه بين التوائم غير متطابقة
الفصام الهوس الإكتئابى الانحرافات السلوكية العصاب (القلق والهستريا)	٦٧ - ٨٦ % ٧٠ - ١٠٠ % ٢٥ % ٥٣ %	١٠ - ١٥ % ١٥ - ٢٩ % ١٤ % ٢٥ %

يتضح من الجدول أن هناك بعض الاضطرابات تمنح الوراثة فيها استعدادا قويا للاضطراب، ويزداد تدخل الوراثة في الأمراض العقلية (الفصام، والهوس الإكتئابى) يتلوها العصاب، ثم الانحرافات السيكوباتية والجنوح.

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣، ٣٧)

وأشارت هيئة الصحة العالمية عام ١٩٨٨ أن نسبة الاكتئاب في العالم حول ٥ % أي ثلاثمائة مليون مكتئب ويحتمل في عام ٢٠١٠ أن تصل نسبة أربعمائة مليون مكتئب ولذا يعانى أكثر من اثنا عشر مليون فرد في عالمنا العربي من الاضطرابات المزاجية والاكتئابية ويجب التفرقة بين أعراض الاكتئاب، وهى أكثر انتشارا واضطراب الاكتئاب فالأعراض تشكل مرضا، ولكنها تفاعل الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية أما المرض فيحتاج لتدخل علاجي طبي. ويتنبأ العلماء بزيادة الاكتئاب نظرًا لزيادة متوسط الإنسان، ومن ثم كثرة الأمراض الجسدية وذوبان التكافل الأسرى في هجرة الشباب, وحركة الحياة السريعة، والمغريات التي تتجاوز قدرات الفرد، وقلة الوازع الديني وتسيب القيم وانخفاض روح الجماعة، وتغلب الإيثار الذاتي، والإحساس المتواضع بالقيم الجمالية. (احمد عكاشة، ٢٠٠٧، ٤١٨).

*** الاتجاهات النظرية والأسباب المفسرة لحدوث الاضطرابات الوجدانية:**

١- العامل الوراثي:

يلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة اضطرابات المزاج، وقد تعددت الأبحاث بشان هذا الموضوع ودراسة التوائم المتشابهة تعطى الضوء الكافي

لمدى معرفة أهمية العامل الوراثي، وقد أجريت حتى الآن تسع دراسات منسقة في جميع أنحاء العالم بشان ذلك، ونستطيع تلخيصها في الجدول الآتي:

جدول(٢) انتشار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بين التوائم

الباحث	التوائم المتشابهة المصابون المجموع	التوائم المتآخية المصابون المجموع
لوكسنبرج ١٩٢٨	٣ من ٤	- من ٥
روزانوف ١٩٣٥	١٦ من ٢٣	٨ من ٣٥
كولمان ١٩٥٠	٤ من ٨	
سليتر ١٩٥٣	٤ من ٨	٣ من ١٥
دانونسكا ١٩٥٩	١٥ من ٢١	١٥من ٣٩
اسمولر ١٩٦٣	١ من ٨	من٣
هارفالد ١٩٦٥	٥ من ١٠	١ من٢٢
آلن ١٩٦٤	٥ من ١٥	١ من ٣٤
برقسلن ١٩٧٩	٣٢ من ٥٥	٩ من ٥٢
متوسط نسبة الإصابة	حوالى ٦٥ %	حوالى ١٤ %

أما نوع الموروثات المسببة للمرض فيتفق معظم العلماء على أنها موروثات سائدة، ذات تأثير غير كامل، أي أن العامل الوراثي في هذه الأمراض يفوق ما وجد في الفصام، ولكن لا يمنع ذلك من تأثير العامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي. (احمد عكاشة، ٢٠٠٧، ٤٢٦)

كذلك دلت عدة أبحاث على ارتباط الأمراض الوجدانية بعديد من الأمراض النفسية والعقلية والجسمية الأخرى منها:

أ- يعتقد البعض وجود ثمة علاقة بين الفصام والاضطراب الوجداني، فإذا تزوج مريضان أحدهما بالفصام والآخر بذهان وجداني، فسيكون أطفالهما أم فصاميين أو وجدانيين أو مزيجا بين الاثنين، بل يؤمن البعض أحيانا ما ينجب الفصامى مصابا بالذهان الوجداني، أنه يبدو إن الفرد يولد وهو مهيأ بموروثات خاصة للاستعداد للذهان، وأنه حسب

المؤثرات البيئية والفسيولوجية والتاريخ العائلي سينشأ هذا الفرد، ليصاب إما بالفصام أو بالذهان الوجداني، تبعا لتفاعل الموروثات مع البيئة.

ب- يؤمن العلماء بارتباط الذهان الوجداني وراثيا بالشخصية النوابية، وأن هذه الشخصية ما هي إلا استعداد وراثي ضعيف لذهان ثنائي القطب.

ج- يرى الأطباء أن ثمة علاقة بين الاضطرابات الوجدانية وأمراض الشرايين، خاصة تصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والروماتيزم والبول السكري، حيث لوحظ ترابط قوى بين هذه الأمراض ويؤول هذا الترابط بتشابك الموروثات المسئولة عن هذه الأمراض.

٢- الشخصية والتكوين الجسمي:

وجد لانج وكذلك كرتشمر (١٩٢٨ - ١٩٣٦) إن حوالي ٣-٤ من مرضى الذهان الوجداني يتميزون بالشخصية النوابية قبل المرض، واهم صفاتها: تقلب المزاج من المرح والتفاؤل، وحب الحياة، والنشاط الزائد، والطاقة المنطلقة، والإقدام، والشجاعة، والمزاج العكسي من سواد واكتئاب وتشاؤم وزهد وكسل عام، وقد لوحظ ارتباط الذهان الوجداني والشخصية النوابية بالتكوين الجسمي المسمى (بالمكتنز), ويميل هذا الجسم للبدانة مع غلظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع أطراف ضعيفة حد ما, وتزيد نسبة الأمراض الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال وتصل ٣: ٢ ويؤول ذلك بان النساء يقبلن العلاج أكثر من الرجال وأن تشخيص هذه الأمراض الرجال عسير بعض الشيء, حيث يأخذ عدة مظاهر خفية مثل: توهم العلل البدنية، الإدمان، الانتحار وان كانت النسبة تقترب بين الجنسين حاليا, كذلك يؤول البعض هذه الاختلاف باحتمال وجود الصبغات الوراثية الخاصة بالمزاجية على الصبغ، وكذلك تعرض النساء للتغيرات الهرمونية.

٣- العوامل النفسية:

وجد رينيه في بحثه (١٩٤٢) أسبابا نفسية في ٨٠ % من بين ٢٠٨ من مرضى ذهان الابتهاج الإكتئابى. ولقد أفترض جراى (١٩٥٨) وسكوت

(١٩٦٣) أن الفترة الحرجة في تحديد العلاقة الاجتماعية للأطفال هي بين ٦ أسابيع و ٦ شهور من العمر، وإذا تعرض الطفل للحرمان الأسرى في هذه المدة ينشا لديه الاستعداد لنشأة الأمراض الوجدانية عند النضوج، ولاشك أن التفاعل الأسرى بين الأب والأم والطفل له أثرة الواضح في تكوين الشخصية، وبتهيئة الفرد لهذه الأمراض بعد نضجه، وقد أثبت أن أحداث الحياة وصدمات الكرب تسبق اضطرابات المزاج خاصة في الأسابيع الأربع السابقة لظهور الاضطراب، أما النوبات التالية فيحتمل ظهورها دون سبب واضح وكأنما المخ أصبح قابلا للإيقاد دون منبه.

أ- النظرية التحليلية:

يشترك جميع الفروديين على تأكيد أن النكوص إلى المستوى الفمى في تطوير الليبدو يزيد مركزية الذات، وتوتر التناقض الوجداني، ويشل القدرة على الحب فتظهر الكراهية، وهذه تؤدى إلى مشاعر مقفرة محدبه فإذا اتجهت للذات كان الاكتئاب أو إذا انطلقت كان الهوس. (محمد سامي هنا، ١٩٨٧، ١٤٥).

ب – النظرية المعرفية:

يلخصها رائدها بيك في أن الاكتئاب هو اضطراب في إستراتيجية التفكير وتكوين نظم فكرية سلبية ناجحة عن الذات والعالم والمستقبل.

ج- نظرية تعلم العجز (سليجمان ١٩٧٥):

وتتلخص في أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة تؤدى إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة، ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى.

د- نظرية التهيؤ (براون وهاريس):

– التعرض لأحداث حياتية مؤلمة حديثة.

– عوامل التهيؤ: فقدان الأم قبل سن الحادية عشر- وجود ثلاث أو أكثر من الأطفال عمرهم اقل من اربعةعشرعاما- غياب الإحساس العاطفي الدافئ . (سهير كامل، ١٩٩٨، ٢٠).

– العوامل الجسمية: (الغديه والعصبية والكيميائية والفسيولوجية):

أ- العلاقة بين اضطراب الغدد الصماء والاضطرابات الوجدانية:

- تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث.
- تبدأ أو تزيد وتشتد الأعراض الاكتئابية، عند توقف الهرمونات الجنسية.
- تظهر أعراض ثنائي القطب بكثرة بعد الولادة، وأثناء التغيرات الفسيولوجية الهرمونية وكذلك مع تناول أقراص منع الحمل.
- يصاب مرض المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) بأعراض اكتئابية شديدة في حوالى ٤٠ % من الحالات بل وتبدأ الأعراض النفسية قبل العلامات العضوية الجسمية.
- قد يصاب المريض بمرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) بنوبات من الابتهاج الحاد أثناء نشاط هذا المرض.
- تصحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب أو ابتهاج مرض كشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية) وأحيانا خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون.
- تقل نسبة الذهان الدوري قبل البلوغ وتزيد مع بدايته.

ب- العلاقة بين الاضطرابات الوجدانية واضطرابات الجهاز العصبي:

لوحظ أن كثيرا من أمراض الجهاز العصبي تبدأ على هيئة اكتئابية أو ابتهاجيه مثل:زهري الجهاز العصبي والشلل الاهتزازي، وتصلب شرايين المخ، والتصلب المتناثر وأورام الفص الجبهى في الدماغ، وكذلك الفص الصدغي سواء أولية أو ثانوية، والصرع النفسي الحركي.كما وجد أن كثيرا من الأمراض تقوم بدور العوامل المحفزة لنشأة المرض، ومن أمثلة ذلك أدوية الأنفلونزا والأدوية المستعملة لخفض ضغط الدم.

ج- العلاقة بين الاضطرابات الوجدانية وكيمياء الجسم:

- أجرى حديثا كثير من الأبحاث عن علاقة مرضى الاكتئاب الابتهاجى بنسبة المعادن بالجسم، وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة فوجد أن جسم

الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد عن ٥٠ % عن طبيعته، أما الشخص المصاب بنوبة ابتهاج فتزيد هذه النسبة إلى ٢٠٠%.

- وجد أن اختلاف اندفاع وتأرجح بعض المعادن بين أغشية خلايا الدماغ تؤدى اختلاف في الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا في حالات هذا المرض مما يؤكد النظرية الفسيوكيميائية.
- لوحظ منذ عدة سنوات أن كثيرا من مرضى الضغط المرتفع الذين يتناولون عقار السيربازيل بانتظام تنتابهم نوبات من الاكتئاب الشديد، وفى الوقت لوحظ أن مرضى الدرن الذين يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات من الانبساط والشعور بحسن الحال مما أدى لتطور بالغ في علاج المرضى.
- مما يؤيد نظريه الموصلات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الابتهاجى، وجود هذه المواد السابقة بنسبة أعلى من أي جزء آخر في المخ في المناطق الخاصة بالانفعال خاصة المهاد التحتاني (الهيبوثلاموس) والمخ الحشوى في السطح الانسى للمخ والغدة الصنوبرية.

كذلك وجد أن نسبة هذه الموصلات في المرضى المنتحرين من مرض الاكتئاب تقل في المراكز الدماغية بشكل واضح، ووجد أن نسبة هذه الموصلات العصبية تزيد تدريجيا خلال العلاج وتصل أقصاها في خلال ثلاثة أو أربعة أسابيع، مما تؤكد العلاقة الوثيقة بين اضطراب الاكتئاب ونسبة هذه الموصلات العصبية في المخ مما يؤكد اثر الاختلال الوظيفي في النظام الفسيولوجي للجسم (أحمد عكاشة، 2007، ٤٢٨-٤٣٣).

-أعراض الاضطراب الوجداني ثنائى القطب لدى الراشدين والأطفال والمراهقين:

تظهر الأعراض الوجدانية لدى أبناء المضطربين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب بشكل يختلف عنها لدى الراشدين كالتالي:

جدول (٣) أعراض النوبة الاكتئابية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

الراشدين	الأطفال	المراهقين
الاكتئاب / المزاج حزين.	تعكر المزاج والجدال، العدوانية، الأنين و البكاء.	الجدال المستمر، العدوانية، والحساسية العاطفية.
تقلص فائدة الأشياء/ وعدم الشعور بالاستمتاع، عدم القدرة على الشعور بالسعادة.	ضعف الدوافع أوترك اللعب، والانزواء، والضجر، وانخفاض التحصيل.	عدم إنهاء الأنشطة أو إنجازها، اختفاء روح المبادرة، وانخفاض درجات التحصيل، والضجر.
التغيرات الطارئة على الوزن بشكل غير متعمد.	فشل في زيادة الوزن مع تناول الطعام بشكل طبيعي	تغيرات في الوزن.
تغيير عادات النوم والصحو المبكر والأرق الشديد.	صعوبة النوم أو كثرة النوم.	صعوبة النوم ويظل مستيقظا طوال الليل، أو البقاء نائما فترات طويلة.
البطء النفس حركي يبدو وكأنه يرى العالم من بعيد أو التوتر والانزعاج الشديد المبالغ فيه.	صعوبة التركيز، إفراط الحركة، الاندفاع، أو عدم التفاعل، وإفراط في أي نشاط غير منظم.	صعوبة التركيز وعدم القدرة على الاستقرار، الاندفاع، أقل نشاطا أو أكثر تفاعلا، وغير منظم.
الشعور بالتعب والإنهاك الشديد.وعدم القدرة على أداء الأعمال.	يشكو عند الضغط عليه للقيام بشيء، ويدعي المرض مع نوم كثير أثناء النهار.	يرفض المشاركة في أي عمل، ويرى الكثير من المعوقات، ينام أثناء النهار، والأفعال تشيرالى أنه مريض
عدم التفاعل، والشعور أنه لا قيمة	يسقط شعوره نحو ذاته من خلال	التعليقات السلبية على النفس مثل "أنا فاشل " "أنا قبيحة"

الراشدين	الأطفال	المراهقين
له والإحساس بالدونية.	تعليقات مثل "أنت تكرهني" و "أنا غبي".	"الجميع يكرهني".
ضعف التركيز، لا يتمكن من اتخاذ قرارات ويبدو مسلوب الإرادة.	فقد الاهتمام وعدم التركيز، والتشتت بسهولة، والعشوائية في الردود والأفعال.	فقد الاهتمام وعدم التركيز، والتشتت بسهولة والبلادة واللامبالاة وعدم الاكتراث.
أفكار عن الموت والشعور الشديد بالذنب وقد يؤدى إلى الانتحار.	يتحدث عن الموت، والموتى "كنت أتمنى لو لم أولد" أو "كنت أتمنى لو كنت ميتا".	تنطبق على المهووسين مواضيع الموت والرغبة في الموت وسماع أصوات الموتى أو الإقدام على محاولات الانتحار.
الذهان: رؤية الأشياء، أو جنون العظمة.	مخاوف حول سلامة المكان، ورؤية صور مخيفة، والاستماع إلى وحوش.	ارتياب، جنون العظمة، ورؤية الصور المخيفة أو سماع من ينادى باسمهم.

جدول (٤) أعراض النوبة الهوسية في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

الراشدين	الأطفال	المراهقين
المزاج رائع: يشعرانه "على قمة العالم" ويردد "اشعر اننى الأفضل"	سعيد للغاية أو دائخ؛ أهداف سخيفة أو قد يبدأ الشعوربأن لديه قدرات خاصة أو خارقة؛ ويطالب أن يكون مركز الاهتمام.	سعادة غامره، قد يشعر فجأة انه أكثر ذكاء / أفضل / أجمل من أقرانه ؛ الشعور المتضخم من اعتبار الذات ووجود قدرات خاصة.

زيادة النشاط في مجالات محددة، مثل العمل، والتنشئة الاجتماعية وممارسة هوايات دون تعب.	الانغماس في أنشطة اللعب، ومساعدة الآباء والأمهات؛ والجميع أصدقاء لهم مع التودد الشديد والرغبة باستمرار اهتمام الوالدين بشكل دائم.	الدخول في مشروعات جديدة، يقضي وقتا أكثر بكثير من المعتاد في الهوايات، ويبدأ تكوين صداقات جديدة والمعارف؛ يبدأ ممارسة أو انشغال مفرط في أهداف ومشروعات دون تروي.
الكلام السريع، والضغط على الكلام: كلام دون توقف، والبعض الآخر لا يمكن الحصول منه على كلمة صحيحة- هذيان	الكلام السريع، المتواصل. ولا يسمح للآخرين بالمساهمة في الحديث.	الكلام السريع دون توقف ومن دون الاستماع إلى الآخرين، ويبدو الحديث من جانب واحد وكأنه لايوجد آخر سواه.
احتياج أقل بكثير من المعتاد إلى النوم.	صعوبة الذهاب إلى الفراش، لا يبدو في حاجة إلى الكثير من النوم في الليل كما سبق ولا يحتاج إلى قيلولة خلال اليوم.	يبدأ بالبقاء مستيقظ طوال الليل، ولا يحتاج سوى لبضع ساعات (أو لا شيء) من النوم.
الأفكار والآراء تبدو أنها تتسابق ويشعرانها خلاقة للغاية أو رائعة أو أنها سبق عظيم.	لا يتمكن من التركيز على المهام أو الموضوعات عندما يتحدث، وباستمرار أفكارهم "رائعة"حول	صعوبة التركيز ولا يستطيع الجلوس، والاندفاع، مع نشاط اقل أو تفاعل زائد، وغير منظم.

	الأشياء.	
الانـدفاع، فـي الأحكام والتطـرف والإصـرار. وعرض المساعدات والمجاملات الزائدة والاهتمـام الزائـد بكل ما حوله وعدم القدرة على إتمام أو الاسـتمرار فـي عمل.	التطفـل المسـتمر والتسرع، لا يمكـن أن ينتظر الدور، لا يستمع إلى مطالـب الآبـاء؛ والميـل للتخريـب؛ والتعاطف الشديد مـع الفقـراء, والتواصـل الزائد مـع الآخـرين والغرباء.	تجاهل قواعـد المجتمـع، الحكم الارتجالي، لا يمكـن الاستمرار فـي نشـاط أو صـداقة؛ والميـل إلـى التخريب والتسامح وإبـداء التعاطف مع الفقراء وإبداء الاهتمام الشديد بـالآخرين والغرباء دون سابق معرفة.
يشغله الجنس بشدة ويبدو ذلك واضحا من خـلال الكـلام والأفكـار والفعـل وتظهر الانحرافات السلوكية الجنسـية دون ادني خجل.	يبين الاهتمام المفاجئ بالجنسـين والقضـايا الجنسـية ؛ ويبـدأ باستخدام لغـة كريهـة بطريقة تبدو لعب ؛ وقد يسـتمني أو يلمـس الآخـرين ؛ الحركـات المبتذلة.	يبـين الاهتمـام المتزايـد بالأمور الجنسية قد يستمني بالاحتكـاك بـالآخرين أو العامة، وزيادة المشاركة في الأمور الإباحية.
زيـادة التهـيج والغضب المفـاجئ غير المعهود وغير المبرر.	نوبـات الغضـب والعدوانيـة، وسـهولة الشعور بالإحباط عندما يقال له "لا" والاهتـزاز النفسي وعدم الثقة.	تقلبات مزاجية حادة مـع نوبات عدوانية، كما يأخـذ كل شـيء يحـدث علـى أعصابه فيبدو وكأنـه فـي حالة اسـتفزاز دائـم دون سبب.
غير منظم وغير فعال مع المهام التي	سوء تنظيم السـلوك؛ يفقد الاهتمام بسـرعة	انخفـاض درجـات التحصيل؛ غير قادر علـى

تتطلب التنظيم والتركيز على الرغم من بذل جهد أكثر من المطلوب بكثير.	عند مطالبته بأي مهام؛ ولا يستطيع تنظيم العمل من اجل إنهاء مهمة.	القيام بمهام معقدة أو الأعمال المنزلية، ويبدو مشتت عند القيام باى عمل ويبدأ في الادعاء بوجود معوقات غير منطقية.
الذهان: رؤية أشياء وسماع أصوات، واعتقادات قد تؤدى إلى إيذاء أو قتل آخرين أو الانتحار .	مخاوف على سلامة المكان، ورؤية صور مخيفة، والاستماع إلى وحوش.	ارتياب، جنون العظمة، ورؤية الصور خوفا أو سماع من يناديه باسمه.

(WilliamT.Goldman:2010)

,يجب أن تؤدي الأعراض السابقة إلى صعوبات كبيرة في التفاعل في اللعب، ومع الأقران، والأداء المدرسي، والتفاعلات الأسرية، أو اضطراب في النمو الطبيعي مع استمرارها لمدة أسبوع على الأقل ولا تكون بسبب حالة كامنة وراء حالة طبية كما يتضح في الممارسة السريرية وفي بعض الدراسات، ومعظم الأعراض المشتركة بين الثنائي القطب مرحلة (الاكتئاب) في الأطفال والمراهقين تكون:الحزن، وعدم القدرة على الشعور بسرور، وسرعة التهيج، والتعب، والأرق، وعدم احترام الذات، والانسحاب الاجتماعي وكذلك إلى حد ما جيدا أكثر عرضة من المراهقين يعانون من أعراض جسدية (مثل آلام المعدة والصداع)، والهلوسة، والتحريض، والخوف الشديد. من ناحية أخرى، أظهر المراهقين أكثر من ذلك اليأس الأفكار، التغيرات الطارئة على الوزن، والنعاس المفرط النهار.

الاضطراب الثنائي القطب مرحلة أعراض(الهوس): والأطفال عادة ما تظهر صورة مختلطة تتألف من العناصر المميزة لكل من الاكتئاب والهوس في نفس الوقت: الاكتئاب / وذهول من نوع عصبي المزاج، جنبا إلى جنب مع زيادة الطاقة عموما، وقلة النوم، السلوك غير منظم، وعدم القدرة على التسامح

و الإحباط والانفعال الشديد. المراهقين من ناحية أخرى تميل إلـــى أن تكــون أكثر كلاسيكية في أعراض الهوس: ارتفاع المزاج وتضخم الشـــعور بالـــذات، وتسابق الأفكار والكلام السريع، التسرع، وخلل السلوكيات وعدم الحاجـــة إلـــى النوم.

http://www.keepkidshealthy.com/welcome/conditions/bipolar-disorder. html

عوامل الخطر المهيئة للاضطراب الثنائي:

أشارت الدراسات إن الأبناء ممن لديهم أقارب بيولوجيين يعـــانون مـــن الهوس الاكتئابي، واضطرابات القلق، واضطرابات تعاطي المخدرات لديهم ميل بيولوجي نحو اضطرابات المزاج (الاضطراب ثنائي القطب)، هم أكثر عرضة لتطوير اضطرابات المزاج السريرية من الأبناء الذين لم يكـــن لـــديهم أقـــارب مرضى بهذه الاضطرابات، كما أن أعراض الاضطراب الثنائي القطـــب فـــي الأطفال والمراهقين لا تظهر دائما وحدها، فهناك كثير من الأحيـــان واحـــدة أو أكثر من المشكلات المرتبطة باضطراب المزاج، ولم تكتشف مثـــل مشـــكلات التحكم والإرادة والسلوك وتعقد الصورة السريرية، كثرة الأمراض النفسية التي تصاحب أو يمكن أن تؤدى إلى الاضطراب الثنـــائي القطـــب، وتشـــمل القلـــق والرهاب والوسواس القهري والفصام في الطفولة، وتعاطي المخدرات، وسلوك التحدي الاعتراضي، واضطرابات التعلم، والســـلوك المنحـــرف.(William (t,2010,p.554

وفي العام حوالي ٥ ٪ من الأطفال والمراهقين على الصعيد الـــوطني، يشخص الاضطراب الثنائي القطب لدي أبنـــاء مرضـــي الثنـــائي، وأظهـــرت الدراسات أن نسبة التغييرات المزاجية لدى حوالي ١ ٪ من أطفـــال مـــا قبـــل المدرسة، ٢ ٪ من الأطفال في سن المدرسة ويتأثرا لمراهقين من ٥٪الى ٥٠ ٪ ويشيع بين لأطفال والمراهقين إلى نحو٢٥%

http://www.emedicine.com/ped/topic٢٤٠.htm

فسيولوجية الأعراض:

- رابطة العمل العصبية التي تعمل على مختلف مناطق الدماغ في الجهاز العصبي المركزي من خلال دوائر الدماغ وآثارها المفترضة والتي يحدث لها اضطراب لدى المهيئين لذهان الهوس الاكتئابي:

السيروتونين –(مزاج سعيد أ، حزين، Euthymic).

الدوبامين – متعة (تلذذ أ، انعدام التلذذ).

بافراز – اليقظة ومستوى الطاقة (الخمول أ، والهيجان، واليقظة).

أستيل – الذاكرة والإدراك (انتباه أ, عدم انتباه).

جابا – تثبيط الجهاز العصبي المركزي الخلايا العصبية.

الجلوتامات – استثارة الجهاز العصبي المركزي الخلايا العصبية.

(Bettina E Bernstein, ٢٠١٠،٤٥٨)

الفصل الثالث
الدراسات السابقة

أولا: الدراسات السابقة
ثانيا: التعقيب العام على الدراسات السابقة
ثالثا: فروض الدراسة

تناول الفصل الحالي عرضا للعديد من الدراسات السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة الحالية، مما يسهم في توضيح أوجه الشبه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة مما يمثل المنطلقات الأساسية للدراسة الحالية.

١- دراسة **Ellenbogen et. al, 2011**

بعنوان: التأكيد على الإجهاد بين أبناء المرضى بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

هدفت الدراسة إلى التحقق من علاقة الإجهاد النفسي، والتوتر المزمن لدي أبناء مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، مستندة على حقيقة ارتباط الإجهاد النفسي، بنمو وتطور الاضطرابات الوجدانية، وان الغدة النخامية، والغدة الكظرية، هما محوري الخطر، في حالات الاكتئاب الشديد، والاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وأجريت الدراسة على عينة قوامها(٦٢) تراوحت أعمارهم بين(١٤-٢٨) عاما، من أبناء المرضى بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من الجنسين، مقارنة ب(٦٠) من أبناء لوالدين أصحاء، وليس لديهم تاريخ وراثي بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وتم استخدام المقابلات الإكلينيكية لتقييم الاضطرابات العقلية والمزمنة، والإجهاد العرضي، مع أخذ عينات من اللعاب على مدى ٣أيام، وكشفت نتائج تحليل الانحدار، إن أبناء المرضى عانوا من عرض ارتفاع التوتر، والشعور بالإجهاد المزمن،

وارتفاع الكورتيزول أثناء النهار بشكل أكبر من نظرائهم، منخفضي التوتر والإجهاد المزمن من أبناء المرضى، وتراوحت تقارير أبناء المرضى ككل من شديد إلى معتدل، مع ارتفاع في الكورتيزول خاصة خلال النهار، ومن الجدير بالذكر أن الدراسة لم تجد أية علاقة بين تقارير أبناء الأصحاء، ومستوى هرمون الكورتيزول، واستنتجت الدراسة في النهاية: أن بيولوجية الإجهاد النفسي، والحساسية للضغوط، لدى أبناء المرضى بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، قد تكمن وراء تعرضهم للاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

٢- دراسة Kessler et al., 2011

بعنوان: انتشار طيف الاضطراب الثنائي في العالم

أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة استقصائية مستعرضة في مبادرة للمسح الصحي، لوصف انتشار وشدة الأعراض وأنماط الأمراض المشتركة، وأنماط استخدام الخدمات الصحية لطيف الاضطراب الثنائي، حيث أجريت الدراسة علي عينة مستعرضة قدرها(٦١٣٩٢) من المجتمع في نيوزيلندا والمكسيك والبرازيل وكولومبيا وبلغاريا ورومانيا والصين والهند واليابان ولبنان، وأسفر تقدير إحصاء انتشار الاضطراب الثنائي ٢,٤% بواقع: (٠،٦% النوع الأول، ٠،٤% النوع الثاني, ١،٤% مشترك)، ٧٥% من مرضي الاضطراب الثنائي لديهم اضطراب واحد علي الأقل مصاحبا للاضطراب الثنائي بخلاف اضطرابات القلق، وكانت نوبات الذعر من أكثر الأعراض المصاحبة للاضطراب الثنائي شيوعا، و٢٥،٢% فقط من المرضي علي اتصال دائم بخدمات الصحة العقلية ويتلقون العلاج الطبي، ولا سيما في البلاد منخفضة الدخل، وأشارت الدراسة في النهاية ان النتائج المؤكدة التي تم التوصل إليه، ذات حجم يؤكد الحاجة الملحة بضرورة الاعتراف بخطورة الاضطراب، وان العلاج يحتاج لنقطة أساسية في كثير من الأحيان غير مقدمة لهم وهي الاكتشاف المبكر، نظرا لحدوثه في عمر مبكر بالإضافة إلى الأزمان علي المدى، الأمر الذي يفرض إجراء الكثير من الدراسات لسد الحاجات العلاجية والوقائية المرتبطة بهذا الاضطراب وخاصة في البلدان النامية.

(Kessler et al, 2011, p.41)

٣- دراسة Lrving et al., 2010

بعنوان: اضطرابين يواجه نسلهما خطر الاضطراب العقلي .

هدفت الدراسة إلى تقييم المخاطر المرتبطة بنوعين من الاضطرابات العقلية (الفصام والاضطراب الوجداني ثنائي القطب)، باعتبارهم أهم مصدرين للاضطرابات النفسية والعقلية بتوفيرهما الاستعداد الوراثي لدى نسلهما، من خلال قيام الباحثون بتحليل السجل العام للسكان في الدنمارك البالغ عددهم ٢,٧ مليون نسمة، بالمقارنة مع قاعدة بيانات القبول النفسي للمصحات العقلية، وحددوا الآباء الذين أدخلوا المصحات العقلية بسبب فصام واضطراب ثنائي القطب، وبمقارنة معدل القبول النفسي لهؤلاء الأفراد سواء (كلا أو أحد الوالدين)، اتضحت النتائج فيما يخص الاضطراب الثنائي الوجداني كالتالي: نسبة ٢٤،٩% من المرضى أبناء مضطربين بالاضطراب الثنائي، ٣٦% من الأبناء أدخلوا المصحة مضطربين بالاكتئاب الرئيسي في حالة اضطراب أحد الوالدين الثنائي، وكذلك يوجد ١١،٧% من الأبناء داخل المصحات، أشارت الدراسة في النهاية أن هذه الفئة من السكان في الدنمارك، هي من الضخامة والخطورة لارتفاع معدلات التشخيص لدى نسل هذين الاضطرابين، بما يستدعي ضرورة الرعاية الصحية ومتابعة نسلهما سواء في الدنمارك أو البلدان الأخرى، ومن الهام أن نأخذ في الاعتبار أن حجم انتشار الأوبئة الجينية عالٍ ويشمل مجموعات من الناس وليس أفراد بعينهم، مما يوجب المتابعة من الجهات المختلفة، وفرض ضرورة الانضمام إلى التقدم في علم الوراثة الجزيئية، التي يتم تكييفها لاستخدامها في الفحص الجيني للاضطرابات العقلية، وعلى الجهات الأخرى إجراء خطوات كبيرة وسريعة، للتعرف على الأعراض المسببة لاضطرابات نفسية وعقلية لدى هذه العائلات، وتقديم المساعدات النفسية والطبية لنسل هذه الأسر في وقت مبكر.

(Lrving et al, 2010, pp 252-257) .

٤- دراسة Karen Dineen 2010

بعنوان: أبناء الوالدين المضطربين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطراب الثنائي القطب والاضطرابات النفسية المختلفة لدي أبناء المضطربين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب بالمقارنة بأبناء والدين أسوياء، وشملت الدراسة عينة (٢٣٣) من المضطربين والمضطربات بالثنائي منهم (٨٠%) أمهات وأبنائهم (٣٨٨)، مقارنة بعينة ضابطة مكونة من (١٤٣) لوالدين أسوياء، و(٢٥١) من أبنائهم وكان متوسط عمر الأبناء ١٢ عام، وتم استخدام المقابلات التشخيصية مع عينة المرضى حيث تم تشخيصهم على النحو التالي (١٥٨ اضطراب ثنائي النوع الأول – ٧٥ منهم اضطراب ثنائي النوع الثاني) وكانت البداية المبكرة للاضطراب لديهم عند عمر إل ٢٠ عام.

وأشارت النتائج إلى معدلات عالية من التشخيص لدى أبناء المضطربين كالتالي:

٥٢% اضطراب القلق، ٥١% اضطراب القلق مع اكتئاب، ٥٣% اضطراب سلوك، ٣٩% اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة.

أشارت الدراسة أن أبناء مرضى الاضطراب الثنائي يواجهون خطرا لاضطرابات المختلفة ١٤ مرة عن أبناء العاديين في حالة اضطراب الوالدين معا، و ٤ أضعاف أبناء العاديين في حالة اضطراب أحد الوالدين، وارتفاع معدلات التشخيص لدى أبناء المضطربين بالثنائي خلال مرحلة المراهقة وكانت الأعراض لدى ٧٦% من عينة الأبناء.

.(Karen, 2010, p.446, 458)

٥- دراسة Henin et al., 2010

بعنوان: عوامل الخطر الأسرية والحيوية العصبية والمعرفية لدي أبناء المرضى بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

هدف البحث إلى متابعة أبناء مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بمستشفى ما ساتشوستس العام التابع لجامعة هارفارد، وأوضح البحث أنه قياسًا بأبناء مجموعة متنوعة من الوالدين (كلاهما أو أحدهما) مرضي باضطرابات نفسية مختلفة، ووجد أن أعلى مخاطر تم تسجيلها كانت لدي أبناء المرضى العقليين، وقدرت المخاطر بنحو ٢٥% من الأبناء في حالة اضطراب أحد

الوالدين وبين ٥٠% إلى ٧٥% في حالة اضطراب كلا الوالدين، وأكـد فريـق البحث على ضرورة متابعة أبناء مرضى الاضطراب الثنائي مؤكدا على ظهور اضطرابات المزاج في وقت مبكر لدى الأبناء، فقد انطبقت المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الرئيسي لدي ٥٠% من الأبناء عند متوسط عمر ١٧ عـام مع ٣٠% من الأبناء يعانون من نوبات الهوس، وزيادة معـدلات الاضـطراب الثنائي، وتجاوز الأعراض النفسية إلى حد الاضطراب، وزيـادة اضـطرابات القلق، واضطرابات تعـاطي المخـدرات، واضـطرابات السـلوك (التحـدي الاعتراضي – الاضطراب الاجتماعي) وأن هذه الاضطرابات لهـا خطورتهـا عند ظهورها، لأنها تحدث قبل سن نموذجية من بدايـة الاضـطراب الثنـائي القطب، ويشير وجودها إلى خطر أعلى للظهور في وقت لاحـق للاضـطراب الثنائي، ومن الجدير بالذكر أنه خلال تحديد عوامل الخطر في عينة البحث تـم السيطرة على الأعراض الإيجابية للثنائي لدى الأمهات والآباء، مما يوحي بـأن مخاطر الاضطراب موجود حتى في أثناء السيطرة على أعراض الاضـطراب النشطة، وكذلك أشار البحث إلى وجـود علامـات عصـبية سـبقت ظهـور الاضطراب الثنائي على الأبناء المراهقين، واتضحت في وجـود عجـز فـي الوظائف التنفيذية (التخطيط – التنظيم – توجيه السلوك لتحقيق الأهـداف) مـع ضعف في وظائف (الذاكرة، الانتباه والمهارات الرياضية، والـذاكرة اللفظيـة) ومع ذلك فإن هذا القصور المعرفي لدى الأبناء قد يتسـبب فـي العديـد مـن المشكلات، التي تعزي إلى اضطراب ثنائي فيما بعد في حال اضطراب أحد أو كلا الوالدين بالاضطراب الثنائي، لوجود عوامل مشـتركة بـين الاضـطراب المعرفي والاضطراب الثنائي، ووجود القصور المعرفي أيضـا لـدى أشـقاء الأبناء، الذين تم تشخيصهم بالاضطراب الثنائي على الرغم من عـدم انطبـاق معايير التشخيص الاضطراب الثنائي على الأشقاء، وقدم الباحث اقتراح خفـض نسبة الجلوتامين والميونوسيتول في القشرة الأمامية لدى الأبنـاء ممـن تظهـر عليهم الأعراض، ربما يكون عامل واقي ضد الوصول إلى تشـخيص الثنـائي لديهم كعلاج طبي، ومن ناحية أخرى قدم البحث نموذج العلاج النفسي لعـلاج المراهقين المعرضين للاضطراب الثنائي من خلال برنامج سـلوكي معرفـي،

للحد من تكرار السلوكيات المشكلة، مشيرا إلى أن ذلك البحث ليس سوى نتـــائج أولية جاريه نحو دعم وتدخل مبكر، من أجل الحد من تكرار الاضطراب الثنائي لدى هذه الأسر، وأوصت الدراسة في النهاية إلى ضـــرورة الانتبـــاه أن أعلـــى المخاطر على الأبناء هو اضطراب أحد أو كلا الوالدين بالثنائي القطب مقارنـــة بالاضطرابات الأخرى، وإن التشخيص عملية معقدة في السن الصغيرة خاصة، وهذا يفرض ضرورة عمل دراسات طولية لتقييم هذه الأعراض على المـــدى، وهذا أمر واجب على الدراسات النفسية لمساعدة الأطباء في عمليات التشخيص من ناحية، ولوضع استراتيجيات مبكرة من أجـــل الوقايـــة. (Henin et, al., 2010, p396)

٦- دراسة Biederman et al., 2009

بعنوان: فحص تشابه السمات الوراثية بين الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب وأبنائهم المراهقين.

هدفت الدراسة للتحقق من فرضية تشابه السمات الوراثية لدى الأمهـــات المضطربات بالاضطراب الثنائي وأبنائهن المراهقين يســـاعد فـــي التشـــخيص المبكر للأبناء بالاضطراب الثنائي، وأجريت الدراسة على عينة قوامهـــا (٩٨) مراهقا في عمر يتراوح بين (١٢ – ١٩) عام ينتمون لأسر لديها تاريخ إيجابي بالاضطراب الوجداني الثنائي وأمهاتهم المشخصين بالاضطراب الثنائي، وتمت مقارنة التقارير المتفقة السمات للأبناء المرضى والأمهات المرضى بالتقـــارير الغير متفقة السمات للأبناء الأصحاء والأمهات المرضى وعمل تقارير للجميـــع مرتبطة إكلينيكيا، وأظهرت النتائج ما يلي: تشابه أمهات المجموعتين في تقارير معدلات الهوس والاكتئاب – لا توجد فروق بين أمهات المجمـــوعتين المتفقـــة والغير متفقة في بدء الاضطراب أو مدته – عدد نوبـــات الهـــوس – معـــدلات الحجز بالمستشفى – التغيرات المعرفية – معدلات الاضـــطراب فـــي التـــاريخ العائلي – تشابه الأعراض المرضية للهوس والاكتئاب لدى أبناء المجمـــوعتين سواء المشخصين أو غير المشخصين – حاجة أبنـــاء المجمـــوعتين للإرشـــاد والعلاج النفسي.

أشارت الدراسة في النهاية أن الارتباطات الإكلينيكية والتشخيص الأساسي للأم بالهوس على اختلاف الحالات التي يظهر فيها عدم اتفاق تقارير السمات مع الأبناء يفرض ضرورة فحصهم ومتابعتهم وعدم انتظار احالتهم للعلاج بعد اضطرابهم. (Biederman et, al., 2009, p.p 298-306).

٧- دراسة Judie Goldberg , 2009

بعنوان: مساعدة الأبناء في تفهم اضطراب أمهاتهم الوجداني الثنائي القطب.

هدفت الدراسة إلى حصر مشكلات أطفال الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي، واستندت الدراسة على تقارير المراكز العلاجية والدراسات السابقة التي أوضحت أن من ٢٥% إلى ٣٥% من المضطربات وجدانيا أمهات لأطفال صغار في عمر مقابل المدرسة، ويعانون من مشكلات نظرا لاضطراب أمهاتهم الشديد وعدم استيعابهم لذلك، خاصة عندما تصل التغيرات المزاجية لأقصى درجة، وان الاضطراب يحدث في وقت مبكر من العمر، كشفت الدراسة عن معاناة الأطفال من مشكلات: الشعور بالذنب والخجل والخزي، وأنهم يفتقرون المشاعر والتعاطف نحو الآخرين في المواقف المختلفة، ويبدون نشاطا زائدا مع قصور الانتباه، وقصور في المهارات الإدراكية التي تحتاج إلى تنظيم، كما ينفجرون في موجات غضب مفاجئة تليها أعراض اكتئابية، ويقومون بأعمال غير لائقة اجتماعيا، وأوضحت بأن اضطراب الأمهات ذو تأثير سلبي يضر بنموهم، وقامت الدراسة بتقديم كتاب مقترح للأطفال ذوى الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي، وأشارت لأهمية العلاج بالكتب وتقديم ما يجب أن يعرفونه عن أحوال اضطراب الأم وكيفية التعامل معه، كما يقدم الكتاب معلومات عن الصحة العقلية، وملحق خاص للمعلمين والآباء والمهتمين، والكثير من الإجابات عن تساؤلاتهم، ويقترح أيضا أساليب التعامل مع أمهاتهم أوقات النوبات من خلال صور لمواقف مختلفة. (Judie Goldbrg, 2009, p116)

٨- دراسة عبير خاطر ٢٠٠٨

بعنوان: "طيف الاضطراب الوجداني ثنائي القطبين من كريبلين إلى الآن" .

هدفت الدراسة إلى عمل تغطية تاريخية لمسار الاضطراب الثنائي القطب، وتحديد المصاحبات المرضية للاضطراب، وتغطية إمكانية الشبهة والاختلاف في الوراثة الجينية، باستعراض الجذور التاريخية للاضطراب وتطور المفهوم، ثم قامت بتوضيح الأمراض المصاحبة للاضطراب، من خلال مراجعة البحوث السابقة في المجال وكذلك مراجعة النظريات البيولوجية، واستخلصت الدراسة النتائج التي كان من أهمها بالنسبة للدراسة الحالي: أن بداية التفرقة بين الاكتئاب (أحادي القطب) والهوس والاكتئاب (ثنائي القطب)، كان في الستينات في القرن التاسع عشر في أوروبا وأمريكا، وكان التفريق مبني على الفرق بينهما في الشكل المرضي، التاريخ العائلي والاستجابة الدوائية، وأنه في عام ١٩٩٩م قدم أكي سكال مفهوم طيف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، كما أن الأبحاث العالمية الحالية مستمرة في إعطاء المساندة الشديدة لمسار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وأن تداخل الأعراض على التقسيم الأمريكي الرابع أخر التعريف الدقيق والإدراك لظاهرة المتلازمة المرضية، مما جعل التنبؤ بالمسار المرضي والعلاج أكثر تعقيدًا، وأوضحت النتائج أن هناك العديد من الملاحظات البيولوجية مثل: زيادة نشاط الفص الجبهي للمخ في اضطراب الهوس، وتغيرات في نشاط اللوزة والفص الجبهي والمطوق الأمام بتلفيف المخ لدى المرضى بالاضطراب وراثيا، ولا يوجد حتى وقت إجراء الدراسة اختبار بيولوجي محدد لتشخيص الاضطراب الثنائي، ومن ثم الكشف المبكر على المرضى وأسرهن وأن هناك ارتباط كبير بين عدد من الأمراض العضوية مثل: اضطراب نقص إفراز الغدة الدرقية والسمنة ومرض السكر تزيد من خطورة الاضطراب بغض النظر عن وجود علاجات فعالة لهذه الأمراض، وإمكانية الانتقال الجيني بين العائلات، وإمكانية الوراثة الجينية كبيرة في العائلات ذات التاريخ المرضي بالاضطراب عبر الدراسات السابقة.

(عبير خاطر، ٢٠٠٨، ٢-٣).

٩- دراسة وردة فتحي أبو العز ٢٠٠٧

بعنوان: "دراسة اجتماعية ديموجرافية ودراسة شكل الأعراض الإكلينيكية للاضطرابات الوجدانية بالدقهلية".

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار الاضطرابات الوجدانية, وتقييم تأثير البيئة الريفية والحضرية عليها, في محافظة الدقهلية متضمنة الجوانب التالية: معدل انتشارها – الخصائص الديموجرافية المؤثرة في الاضطراب – درجة القرابة والتاريخ العائلي – نوع اضطرابات الشخصية المصاحبة للاضطراب – الاختلاف في الأعراض الإكلينيكية، وانقسمت الدراسة إلى جزئين: دراسة ملاحظة (دراسة وصفية ودراسة تحليلية) ودراسة عملية (دراسة مسحية ودراسة المدى البعيد) وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٢٠٠٠) من الجنسين بواقع (١٢٠٠) من البيئة الريفية و(٨٠٠) من البيئة الحضرية كعينة ممثلة لمحافظة الدقهلية تتراوح أعمارهم بين (١٨-١٦) عامًا واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: استمارة بيانات ديموجرافية – دراسة درجة القرابة والتاريخ العائلي– مقياس هاميلتون للاكتئاب – مقياس يونج للهوس – مقياس أحداث الحياة الضاغطة – مقياس المستوى الاجتماعي – اختبار الشخصية باستخدام (باف) – دراسة متعمقة لأساليب التشخيص والعلاج الغير مهني وكان من نتائج البحث: انتشار (الهوس والاكتئاب) أكثر في الريف حيث يمثل ٢٣,٢% مقارنة بالحضر ١٧,١% كما ارتفعت نسبة الاضطراب خاصة بين الفئات التالية: الغير متعلمة – الغير حرفية بالنسبة للمجتمع الريفي والغير عاملة في المجتمع الريفي والحضري، وارتفعت نسبة التاريخ المرضي الإيجابي، وزواج الأقارب بين المجتمعات المختلفة، وخاصة في الريف بالنسبة للاضطراب الوجداني الثنائي، وأن النسبة الأكبر منهم من الإناث بنسبة ٦٠% من عينة المرضى، وارتفعت نسبة الاكتئاب والهوس بين المتزوجين بنسبة ٦٣,٢% في الريف، مقابل ٤٥,٣% في المدينة مع تعرضهم لأحداث حياتية مجهدة سبقت ظهور الاضطراب، كما دلت الاختبارات النفسية أن ٣٠% منهم يعانون من اضطرابات الشخصية المجموعة (ب) والمجموعة (ج) كما أشارت الدراسة إلى ارتفاع السلوك العدواني في الريف، وكذلك الميول الانتحارية برغم سيادة الطابع الديني. (وردة فتحي أبو العز، ٢٠٠٧، ٣-٧).

١٠- دراسة Caroline Ostigay, 2007

بعنوان: العبء المزمن وأحداث الحياة الضاغطة لدى أبنـــاء المضـــطربين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

هدفت الدراسة لمعرفة أثر الضغوط التي يتعرض لها أبناء المضـــطربين بالاضطراب الوجداني الثنائي نتيجة اضطراب آبـــائهم أو أمهـــاتهم، أجريـــت الدراسة على عينة قوامها (٣٧) من أبناء المضطربين بالاضطراب الوجـــداني الثنائي (آباء، أمهات) مقارنة بعينة قوامها (٣٣) من أبناء لوالدين أصحاء، وليس لديهم تاريخ أسرى للاضطراب النفسي أو العقلي في عمر يتراوح بـــين (١٣ – ٢٦) عاماء واستخدمت الدراسة المقابلات الإكلينيكية ومقياس الحياة الضـــاغطة، وأوضحت النتائج ما يلي: مشكلات كثيرة في المجالات البين شخصية والغيـــر بين شخصية بشكل مزمن أكثر من أبناء الأصحاء مثل (الســـلوك الإنـــدفاعى – عدم الاستقرار المزاجي – العدوان – عدم التحكم – القلق – الاكتئـــاب)، مـــع تقرير الأبناء باستمرار الشعور بالضغوط وعملها حتى في الأوقات التي يحـــدث فيها شفاء بين النوبات للأب والأم. (Carolin Ostiguy, 2007, p.52)

١١- دراسة Linnen, Ann Marie 2007

بعنوان: التوصيف البين شخصـــي لـــدى المـــراهقين أبنـــاء المضـــطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

هدفت الدراسة لبحث الأنماط البين شخصـــية لـــدى عينـــة مـــن أبنـــاء المضطربات بالاضطراب الوجداني الثنائي, وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٢٥) من المراهقين أبناء (أمهات مضطربات اضطراب ثنـــائي شـــديد) و(٢٣) مراهقين أبناء (أمهات مضطربات اضطراب ثنائي خفيف الشدة). تراوح عمـــر العينة بين (١٥ – ٢٥) من الجنسين. واستخدم البـــاحثون طريقـــة الملاحظـــة، وقاموا بتسجيل ما يحدث خلال مواقف التفاعل الطبيعي لمـــدة (١٤) يـــوم مـــع زملائهم مستندين على خمسة أبعاد للسلوك البين شخصي: الشجار مع الآخرين – القابلية للسيطرة الخارجية والإيحاء الخارجي – حب الســـيطرة – الخضـــوع للضبط الخارجي – الاندفاعية. وبتحليل نماذج السلوك للمجمـــوعتين أظهـــرت النتائج ما يلي: أظهرت المجموعتان السلوك الإندفاعى والشجار وحب السيطرة

والخضوع للضبط الخارجي مع ميل الذكور أبناء المضطربات بالاضطراب الشديد للشجار أكثر من أبناء المجموعة الأخرى - ميل الذكور بوجه عام لسلوك الشجار خلال التفاعل الاجتماعي بوجه عام أكثر من الإناث - أظهرت الإناث قابلية للخضوع للضبط الخارجي مع القابلية للسيطرة الخارجية والإيحاء الخارجي أكثر من الذكور - وأشارت الدراسة بشكل عام أن مشكلات السلوك الخارجية تسبق نمو اضطراب الوجدان الرئيسي، وتتضمن الاندفاعية في التصرف نحو الآخرين والشجار معهم خلال مواقف التفاعل الاجتماعي وهو عامل نمائي هام يسبق ظهور اضطراب المزاج لدى المراهقين أبناء المضطربات بالاضطراب الوجداني الثنائي وان المشكلات البين شخصية تعد منبئة باضطراب السلوك واضطرابات الشخصية فيما بعد. (Linnen, Anne Marie, 2006, p.50).

١٢- دراسة Meenakshi Venkataraman, 2006

بعنوان: الدور الأموي عند الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

هدفت الدراسة لتوضيح المعوقات والتحديات التي تواجه عينة من الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي خلال دورها كأم، تكونت عينة الدراسة من (١٠) أمهات مضطربات بالاضطراب الثنائي ويخضعن للبرامج العلاجية والإرشادية، و(١٠) من أبنائهن في عمر المراهقة، وأشارت الدراسة لما يلي: تجد الأمهات صعوبة في حب أبنائهن وأنهم لا يحتجن لهؤلاء الأبناء بنفس قدر احتياج الأبناء لهن، كما تجد الأمهات صعوبة في تقبل سلوك الأبناء أو توجيههم، وكانت هناك العديد من التحديات تواجه الأمهات مثل: عدم القدرة على التنظيم، عدم القدرة على تقديم نموذج لقدوة جيدة، عدم القدرة على القيام بالاستجابات بصورة ثابتة، عدم القدرة على التواصل مع الأبناء على نحو ملائم، عدم القدرة على تقديم بيئة جيدة لنمو الأبناء، بالنسبة لمشكلات الأبناء في هذه الدراسة فقد أظهروا جميعا أعراض القلق ومشكلات السلوك، وأظهرت الإناث بوجه خاص القلق من فكرة إصابتهن باضطراب المزاج أيضا مثل أمهاتهن،

وأوصت الدراسة في النهاية بضرورة عمل برامج للدعم النفسي والإرشاد الأسرى لتلك الأسر، كما أوصت بضرورة القيام بدراسات مستقبلية لبحث وشرح مشكلات أبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي.
.(Meenakshi.Venkataraman, 2006, p.249)

١٣ - دراسة Mowbray et al., 2006

بعنوان: الآثار النفسية والاجتماعية لدى المراهقين أبناء المضطربات بالاضطراب أحادى القطب وثنائي القطب.

هدفت الدراسة للكشف عن المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أبناء المضطربات وجدانيا (الاكتئاب، الهوس والاكتئاب)، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٦١) مراهقا أبناء أمهات مضطربات بالاكتئاب الشديد وأمهات مضطربات بالاضطراب الثنائي، واستخدمت المقابلات والتقارير الذاتية والإطلاع على السجلات الخاصة بهم، أظهرت النتائج ما يلي: تراوحت المشكلات بين مشكلات تعاطي الكحول واستخدام المواد والمشكلات السلوكية، إلى معدلات مرتفعة من الحجز والإحالة للسجون أو المستشفيات واستخدام خدمات الصحة العقلية، ارتفاع معدل المشكلات السلوكية لدى أبناء المضطربات بالاضطراب الثنائي بوجه خاص، وأشارت الدراسة في النهاية إلى أن الأم المضطربة، والتاريخ الأسرى الإيجابي والظروف الاجتماعية المضطربة جميعها عوامل خطر تدفعنا لتوقع اضطراب خلال المراهقة، وأن اختبار هؤلاء المنتمين لعرق معين أو سلالة معينة له دلالة هامة في توقع نوعية الحياة لديهم فيما بعد.

(Mowbray et, al. 2006 , pp35 -39)

١٤- دراسة منن عبد المقصود ربيع ٢٠٠٥

بعنوان: "دراسة المرضية النفسية والاضطراب المعرفي والعلامات العصبية اللينة في مرضى الاضطراب الثنائي وأقاربهم من الدرجة الأولى".

هدفت الدراسة إلى معرفة الآثار المعرفية السلبية الناجمة عن الاضطراب الثنائي الوجداني والعلامات العصبية اللينة، التي تساعد على توقع حدوث

المرض في أقارب الدرجة الأولى قبل حدوثه بوقت كاف لبدء العلاج الصحيح، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (١١٥) من أقارب الدرجة الأولى، بينهم (٧) أبناء من الجنسين لمرضى ومريضات بالاضطراب الثنائي عددهم (٣٥) مريضا ومريضة، وعينة ضابطة (٥٠) متطوع من الأصحاء، واستخدمت الدراسة استمارة مقابلة إكلينيكية شبه مقننة - مقياس وكسلر للذكاء - اختبار ويسكنسون لتصنيف الكروت - مقياس التقييم العصبي - الاستبيان الصحي العام لاستبعاد من لديه اضطراب نفسي من العينة الضابطة. وأشارت النتائج إلى ما يلي: انتشار الاضطراب الإكتئابى لدى عينة الأقارب، يليه الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، يليه اضطراب القلق، واضطرابات التكيف (مع أعراض القلق أو الاكتئاب أو كليهما) بنفس النسبة، ونسبة طفيفة من سوء استخدام العقاقير، وكانت النسب للاضطرابات السابقة كما يلي (٦,٩٥ %، ٤,٣٥ %، ٤,٣ %، ٤,٣ %، ١,٧ %)- تشخيص اضطراب الفصام في (٣,٥%) من الأقارب، الاضطراب الوجداني الفصامى (٨,٧%) من عينة الأقارب - وأشارت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة لصالح عينة الأقارب في الحالة المعرفية العامة تفسر نظرية وجود علاقة بين جينات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والجينات المسئولة عن قدرات الابتكار والخلق، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية أكدت وجود اضطراب معرفي في الوظائف التنفيذية في الأشخاص الذين يحملون جينات المرض حتى بدون أن تظهر عليهم أعراض الاضطراب. وذلك بين عينة الأقارب والعينة الضابطة - لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المرضى وعينة الأقارب في الوظائف التنفيذية. وكان القصور في العينتين بدرجة متقاربة في الوظائف التي تقيس الانتباه والقدرات التنفيذية - وجود خلل وظيفي كامل في الجهاز العصبي بصفة عامة، وتصلح العلامات العصبية اللينة كدلالات على اختلال النمو العصبي. وهذا ما أتضح من وجود فروق ذات دلالة إحصائية مرتفعة بين المجموعات الثلاثة. فيما يتعلق ب (التكامل الحسي، التوافق الحركي، التتابع الحركي، وردود الفعل المنعكسة) وكانت أكثر انتشارا لدى المرضى (٩٧%) تليها عينة الأقاربن مما يوضح أن

العلامات العصبية اللينة سمات دالة على الاضطراب. (منن عبد المقصود ربيع، ٢٠٠٥، ١٦ -٢٠).

١٥-هالة صلاح عاشور ٢٠٠٤

بعنوان: "دور بعض العوامل الحيوي نفس اجتماعية لظاهرة الدوران السريع في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب".

هدفت الدراسة لمعرفة دور بعض العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية في حدوث ظاهرة الاضطراب الوجداني سريع الدوران (أي تكرار النوبة الذهانية أربع مرات أو أكثر خلال السنة الواحدة)، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٨٠) مريضا بالاضطراب الثنائي مقسمين بالتساوي (٤٠ حالة دوران سريع - ٤٠ حالة غير سريع الدوران) من الجنسين وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس بيجل للهوس - مقياس هاميلتون للاكتئاب - تقييم أحداث الحياة الضاغطة- مقياس اضطرابات الشخصية - والفحص الإكلينيكي وتقييم الأعراض المرضية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: ارتفاع نسبة المرضى الإناث في الاضطراب الوجداني الثنائي سريع الدوران، ارتفاع سن بداية الاضطراب في الاضطراب الثنائي سريع الدوران، كانت فترة المرض أطول في الاضطراب الثنائي غير سريع الدوران، كذلك ارتفاع عدد النوبات عن أربعة خلال العام في الاضطراب سريع الدوران، كما أتضح تعرض معظم مرضى الاضطراب سريع الدوران لظروف اجتماعية محزنة سبقت حدوث المرض، أو تعرضهم لظروف ضاغطة سبقت المرض أيضا، وان بداية المرض في كثير من حالات الدوران السريع تبدأ بنوبة اكتئاب، بينما يبدأ غالبًا بنوبة هوس في حالات الاضطراب غير سريع الدوران، ويكون سريع الدوران من بداية المرض في الاضطراب سريع الدوران وكذلك التاريخ الأسري للاضطراب مرتفع أكثر عن الاضطراب الوجداني الثنائي غير سريع الدوران، كما أن معدل درجات الهوس مرتفعة أكثر في الاضطراب الثنائي سريع الدوران، وكان معدل درجات الاكتئاب متساوي في المجموعتين وأشارت الدراسة لأهمية الانتباه لبداية الاضطراب بحالة اكتئاب في حالة وجود تاريخ

أسري للاضطراب الثنائي سريع الدوران لتجنب الدوران السريع للاضطراب فيما بعد. (هالة صلاح عاشور، ٢٠٠٤، ١-٣).

١٦- دراسة **Smith Simko, Tracy Lynne 2004**

بعنوان: التعلق، كفاءة الدعم الاجتماعي والتعرض للأعراض المرضية الوجدانية وتأثيرها على المراهقين أبناء مرضى الاضطراب الوجداني الثنائي.

هدفت الدراسة إلى اختبار تأثير التعلق الشديد بالوالدين والتعرض لأعراض اضطراب أحد الوالدين الوجداني الثنائي، وتم تطبيق نموذج ثلاثي الأبعاد لكفاءة الدعم الاجتماعي تكون من: (إدراك الدعم الاجتماعي – فعالية الذات الاجتماعية– الخوف من التقييم السلبي)، بالإضافة إلى نموذج العلاقات الاجتماعية الوسيطة، وتعقبت الدراسة فكرة التعلق الآمن بالوالدين ومقارنته بالتعلق غير الآمن، كمقياس للخطر مفيد لبحث إستراتيجيات التعلق وتقييم طرق الدعم الاجتماعي، التي تقلل من خطر التعرض للأعراض المرضية على اعتبار أن العلاقات الوسيطة تقلل من الخطر، وأوضحت نتائج الدراسة ما يلي: لا تؤيد الدراسة نموذج العلاقات الاجتماعية الوسيطة المقترح، وأن تأثير الأعراض المرضية واضح بشكل عملي على المراهقين في وجود أعراض الاضطراب لديهم مما يوضح عملية التعلق، ولم تثبت فعالية الذات الاجتماعية لدى المراهقين، واقترن ذلك بالخوف من التقييم السلبي ومن ثم التجنب، وأشارت الدراسة في النهاية إلى ضرورة عمل بحوث مستقبلية لبحث كيفية حماية الأبناء من خطر التعرض للأعراض المرضية للوالدين، حيث اقتصرت حدود الدراسة على الملاحظة فقط.

(Smith Simko, Tracy Lynne, 2004, p.p.60-63).

١٧ - دراسة **Johnson et al., 2000**

بعنوان: دراسة طولية لبحث الارتباط بين اضطراب الأم الوجداني الثنائي والاضطرابات النفسية لدى الأبناء خلال مرحلة المراهقة والمراهقة المبكرة.

هدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين اضطراب الأم الوجداني الثنائي وظهور اضطرابات نفسية لدى الأبناء المراهقين بدءا من المراهقة المبكرة، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٧١٧) مراهقا ومراهقة في مرحلة المراهقة المبكرة وأمهاتهم المضطربات بالاضطراب الوجداني الثنائي، عبر دراسة طولية وتم استخدام المقابلات الإكلينيكية، وأشارت النتائج إلى ما يلي:

ظهور معدل من الاضطرابات النفسية المرتبطة بوجود الاضطراب الثنائي لدى الأم، على الأبناء خلال المراهقة المبكرة والمراهقة فيما بعد كالتالي: وجود اضطراب القلق لدى المراهقين بشكل متفرد، مع خطر بدء أعراض الاضطراب الثنائي في المراهقة المبكرة يفسر وجود الاضطراب الثنائي فيما بعد خلال المراهقة أو بعد ذلك وظهور أعراض الهوس خلال المراهقة، كذلك وجود اضطراب قلق رئيسي أو اضطراب اكتئاب رئيسي ينبئ أيضا ويفسر وجود الاضطراب الثنائي لدى العديد منها فيما بعد، ووجود أعراض الهوس الإكلينيكية خلال المراهقة المبكرة تنذر أيضا باضطراب القلق والاكتئاب خلال المراهقة اللاحقة.

(Johnson et, al. 2000, 1679-1681)

١٨- دراسة **Todd et al., 1996**

بعنوان: التشخيص الطبي النفسي للأطفال والمراهقين من خلال التاريخ العائلي لكشف الاضطراب الوجداني الثنائي في المراهقة عبر شجرة العائلة.

هدفت الدراسة إلى فحص توزيع الاضطرابات النفسية لدى شريحة من المراهقين ذوى التاريخ العائلي الوراثي للاضطراب الوجداني الثنائي، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٥٠) طفلا ومراهقا في عمر يتراوح بين (٦ – ١٧) عام، و(٦٠) آباء وأمهات بينهم (١٤) أب وأم مضطربين بالاضطراب الوجداني الثنائي, والباقي أصحاء، ولكن لديهم تاريخ وراثي بالاضطراب الثنائي عبر شجرة العائلة، وتم استخدام الزيارات المنزلية، المقياس الشامل للدعم الاجتماعي، مقياس ضغوط الحياة، برنامج قياس تأثير الاضطرابات والفصام. وأظهرت النتائج ما يلي: عدد (١٢) من الأبناء تم تشخيصهم وفقا للتشخيص

الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM– III –R) اضـطرابات مختلفـة: ٦ حالات اضطراب وجداني ثنائي –٥ حالات اضطراب الاكتئاب الشديد –حالـة قنوط ووهن، وتضمنت حالات الأبناء مستويات عالية مـن اضـطراب القلـق، اضطراب السلوك وأحيانا الاثنين معا، كمـا يمثـل احتمـال تشـخيص أبنـاء المضطربين وجدانيا بالاضطراب الثنائي نسبة (٥ – ١) مـن أبنـاء الأمهـات والآباء الأصحاء ممن ليس لديهم تاريخ وراثي، وأوصت الدراسة فـي النهايـة بضرورة الاهتمام بالعوامل الجينية للكشف المبكرعن وجود الاضطراب الثنائي الوجداني عبر شجرة العائلة.

(Todd et al, 1996 ,pp85-92)

١٩– دراسة منى منصور ١٩٩٣

بعنوان: "الاضطرابات النفسية في عائلات المرضى النفسيين والعقليين ".

هدفت الدراسة إلى البحث عن مدى انتشار الاضـطرابات والأعـراض النفسية بين عائلات المرضى النفسيين والعقليين. وأجريت الدراسة على عينـة قوامها (٨٠) مريضا ومريضة مقسمين على النحـو التـالي (٢٠ اضـطراب وسواس قهري، ٢٠ اضطراب القلـق العـام، ٢٠ اضـطراب الفصـام، ٢٠ اضطراب وجداني ثنائي القطب). واتخذت مجموعة ضابطة مكونـة مـن ٢٠ مريضا ومريضة بالسكر وذويهم (الزوج أو الزوجة والأبناء دون التقيد بعمر أو جنس الأبناء). واستخدمت الباحثة الدليل الأمريكي الثالـث لوضـع المحكـات التشخيصية وتصنيف الأعراض والاستبيان الصحي العـام – مقيـاس التكيـف للتغير الاجتماعي – مقياس العبء العائلي – اختبار بيك للاكتئـاب – اختبـار تايلور للقلق. وأشارت النتائج إلى ما يلي: الأعراض الاكتئابيـة كانـت أكثـر انتشارا لدى (أبناء وأزواج وزوجات) الاضطراب الوجداني الثنائي، يليهم أبنـاء الفصاميين ثم أبناء مرضى الوسواس القهري ثم أبناء مرضـى القلـق العـام، وأخيرا أبناء العينة الضابطة أما اضطراب الاكتئاب: كانت أعلى نسبة لوجـود اضطراب الاكتئاب لدى أبناء الفصاميين يليهم أبناء مرضى الاضطراب الثنائي، ولم يظهر اضطراب الاكتئاب بين أبناء مرضى اضطراب القلق العـام وأبنـاء مرضى اضطراب الوسواس القهري، وظهرت نسبة ضئيلة مـن أبنـاء العينـة

الضابطة (أبناء الأمهات فقط مرضى السكر)، واقتصرت الأعراض العصابية: مثل التبول اللاإرادي، وقرض الأظافر، واضطراب النوم، والثأثأة، ومص الأصابع على أبناء مرضى الاضطراب الوجداني الثنائي، ولم تظهر بصورة ملحوظة بين أبناء الاضطرابات الآخرين بينما كان أكثرهم تعرضا لأعراض القلق أيضا أبناء مرضى الاضطراب الثنائي الوجداني عن أبناء المضطربات باضطراب القلق العام، يليهم أبناء المضطربات بالفصام، وبالنسبة لاضطراب القلق العام فكان سائدا بين أبناء الأمهات المضطربات بالوسواس القهري واضطراب القلق العام، يليهم أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي ثم أبناء الفصاميات، بينما ظهرت الأعراض الوسواسية والقهرية لدى أبناء المضطربات بالوسواس القهري أكثر من بقية المجموعات، بينما اقتصرت الأعراض الذهانية فقط على أبناء المضطربين باضطرابات ذهانية وهم أبناء المضطربين والمضطربات بالاضطراب الثنائي والفصامن وقد تشابهت أعراض الأبناء مع أعراض الفرد المضطرب، وأرجعت الباحثة ذلك إلى قبول الابن أو الابنة، وتصديقهم لأعراض الأم أو الأب، كما كان أكثر الأزواج والزوجات والأبناء معاناة اجتماعية واقتصادية ونفسية أقارب المرضى الذهانيين (الفصام – الاضطراب الثنائي الوجداني)، وأكثر شعورا بالضغوط وأكثر تعرضا لأزمات قانونية واجتماعية واقتصادية.

(منى منصور، ١٩٩٣، ١– ١٢).

٢٠- Hammen et al., 1990

بعنوان: دراسة طولية لفحص أبناء الأمهات مرضى الاضطراب أحادى القطب وثنائي القطب.

هدفت الدراسة إلى فحص وتشخيص أبناء الأمهات المضطربات نفسيا (المكتئبات، المصابات بالاضطراب الثنائي) عبر دراسة طولية لمدة ٣ سنوات، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٩٢) طفلا ومراهقا في عمر يتراوح بين (٨ – ١٦) عام، أبناء لأمهات مضطربات (اكتئاب – هوس واكتئاب) وأبناء أمهات مرضى بمرض عضوي مزمن وأبناء أمهات أصحاء كعينة ضابطة، وتم استخدام المقابلات الإكلينيكية للأبناء وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي: أظهر

أبناء المضطربات بالاضطراب الوجداني الأحادي والثنائي احتمالات عالية في التشخيص تراوحت بين وجود اضطراب واحد على الأقل أكثر من أبناء المريضات بمرض مزمن وأبناء الأمهات الأصحاء، وبشكل خاص أظهر أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي الوجداني معدلات أعلى في التشخيص عن أبناء الأمهات المكتئبات، مع وجود اضطراب قلق رئيسي مع اضطراب اكتئاب ثانوي بنسبة أكثر من أبناء المكتئبات، معظم أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي لديهم أعراض الهوس بدءا من عمر ١٤ عام.

(Hammen et al, 1990, p1112-1117)

***

ثانيا: التحليل العام للدراسات السابقة:

١- العينات الأكثر شيوعا كانت من الجنسين أبناء الأمهات المرضى بالاضطراب الوجداني الثنائي و كان اكبر عدد للعينة في دراسة Johnson et, al. 2000 و هو (٧١٧) مراهقا و مراهقة و أمهاتهم المضطربات بالثنائي الوجداني و اقل عدد للعينة في دراسة meenakshi, venkataraman2006 هو (١٤) أمهات مرضى بالاضطراب الثنائي وأبنائهن المراهقين و تمايزت بعض الدراسات على النحو التالي:

- تكونت عينة دراسة وردة ابو العز ٢٠٠٧ من (٢٠٠٠) من الذكور والإناث فيما بين (١٨-٦٠) عام و تم إدراجها ضمن الدراسات السابقة لتوضيح مدى انتشار الاضطراب الثنائي في محافظة الدقهلية محل الدراسة الحالية.
- لم تحتوى دراسات أيا من جودى جولدبرج Jodie goldberg2009 , ماير و ستيفانى mayar , stephanie2002 على عينة حيث اعتمدت الأولى على التقارير و السجلات الطبية لبعض المستشفيات والمراكز العلاجية و اتجهت الثانية إلى إجراء مسح شامل للبحوث والدراسات التي أجريت عبر ٢٣ عاما.

٢- الأدوات الأكثر استخداما كانت: المقابلات الإكلينيكية و التقارير الذاتية بالإضافة إلى المقاييس الخاصة ببعض الاضطرابات مثل القلق والهوس والاكتئاب، المعدة مسبقا من قبل باحثين آخرين، وفي بعض الدراسات من ناحية، ومن ناحية أخرى لم تشر بعض الدراسات السابقة إلى معلومات عن معدي المقاييس المستخدمة.

٣- النقاط العامة التي اتفقت فيها الدراسات:

- اتفقت العديد من الدراسات على أن نظرية الانتقال الجيني هي الأقرب للصحة سواء من خلال وجود معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الأم الوجداني الثنائي وبين بعض الاضطرابات و المشكلات النفسية المنبئة بالاضطراب نفسه لدى أبناءها وصولا إلى الدراسات التي تتبعت التاريخ

الأسرى سواء تحليلية أو طولية أو تنبؤية والتي أشارت لميل الإضطراب للتجمع في نفس الأسر.

- بشكل خاص عندما تنتقل إلى البحوث العربية التي أجريت في مجـال الاضطراب الوجداني الثنائي نجدها دراسات رائدة تهدف للتعرف على كنه الاضطراب، ومدى شيوعه سواء على المستوى العـام أو داخـل أسرة المريض، كما نجدها تعانى ندرة شديدة حيث يقتصر ما أجرى في هذا المجال على الدراسات الطبية السابق عرضها التي قام بها كلا من: عبير خاطر ٢٠٠٨، وردة أبو العز ٢٠٠٧، ومـنن عبـد المقصـود ٢٠٠٧، و هالة عاشور ٢٠٠٤، و منى منصور ١٩٩٣ و ما تضـمنته من علاقات وارتباطات و أبعاد.

***

ثالثا : التعقيب العام:

من خلال استعراض البحوث و الدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث الحالي نجد أن البيئة الأجنبية اهتمت بالدراسات التي تناولت العلاقة بين الاضطراب الوجداني الثنائي وتأثيره على الأبناء بهدف التعرف على المشكلات والاضطرابات النفسية لدى أبناء المرضي العقليين وأشارت إلى ضرورة الاهتمام والتعرف على هذه المشكلات وتقديم طرق الوقاية أو العلاج المناسب لهذه الأسر، في حين نجد قلة و ندرة الدراسات التى تناولت هذا الموضوع في البيئة العربية إذا ما قورنت بالبيئة الأجنبية واقتصارها على الدراسات الطبية، على الرغم من تسليم الباحثين في مجال الدراسات النفسية في البيئة المصرية بأهمية ومحورية الدور الذي تقوم به الأم وتأثير وجود اضطراب لديها علي جوانب شخصية أبنائها وصحتهم النفسية فلم يتطرق أيا من الباحثين في مجال الدراسات النفسية غير الطبية بدراسة تأثير اضطراب الأم الوجداني الثنائي أو علاقته بالمشكلات النفسية لدى أبنائها في حدود علم الباحثة، وانصب اهتمامهم علي الاضطراب الوجداني أحادي القطب(الاكتئاب).

كما لم تتجه أي دراسة إلى بحث الفروق بين الجنسين في هذه المشكلات، كذلك لم يتم الإشارة في أي دراسة إلى النوبة الحالية للاضطراب، ودراسة تأثير نوع النوبة على الأبناء، وربما يرجع ذلك لكون الدراسات السابق عرضها طبية تتعامل مع كلا النوبتين على إنهما عرض لاضطراب واحد، إلا أن البحث الحالي يمثل خطوة في الاتجاه الذي يسعى للكشف عن المشكلات النفسية والتي أشارت الدراسات لكونها منبئة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب بشكل رئيسي والعديد من الاضطرابات الأخرى لدى المراهقين من عينة الدراسة أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي، والكشف عن علاقة درجة اضطراب الأم ونوع النوبة بهذه المشكلات مميزة بين الجنسين في هذه المشكلات ومميزه بين درجة هذه المشكلات من كونها أعراض أم اضطرابات، بالإضافة إلى الكشف عن وجود زملات لأعراض مرضية.

***

■ وبعد مناقشة و تحليل نتائج الدراسات السابقة واعتمادا على نتائج الدراسات السابقة وللإجابة على أسئلة مشكلة الدراسة و لتحقيق أهدافها صاغت الباحثة الفروض التالية:

١- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات المراهقين أبناء الأمهات (العاديات –الأمهات في نوبة الهوس – الأمهات في نوبة الاكتئاب) في قائمة الأعراض المعدلة SCL -90-R

٢- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات كلا من الذكور والإناث أبناء الأمهات المضطربات من عينة الدراسة على قائمة الأعراض المعدلة، ومقياس تقدير حالة الهوس.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين (ذكور – إناث) أبناء الأمهات في نوبة الهوس و(ذكور – إناث) أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب في متوسط درجاتهم لقائمة الأعراض المعدلة، ومقياس تقدير حالة الهوس.

٤- توجد علاقة ارتباطيه بين درجات اضطراب الأمهات الثنائي الوجداني، ودرجات الأبناء المراهقين على قائمة الأعراض المعدلة، ومقياس تقدير حالة الهوس.

٥- توجد مشكلات تصل إلى حد الاضطراب لدى عينة أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي، كما يختلف ترتيب هذه المشكلات باختلاف الجنس.

٦- توجد زملات لأعراض مرضية يكشف عنها التحليل العاملى للمشكلات المقاسة لدى أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من عينة الدراسة.

□□ □□ □□

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولاً: العينة

ثانيًا: الأدوات

ثالثًا: المعالجة الإحصائية

يتناول الفصل الحالي الإجراءات المنهجية التي تم اتخاذها للإجابة على تساؤلات الدراسة ولتحقيق أهدافها والتحقق من صحة فروضها موضحة العينة والأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة.

أولا : عينة الدراسة ومبررات اختيارها:

تكونت عينة الدراسة الحالية من المراهقين من الجنسين وأمهاتهم المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب وعينة من المراهقين أبناء أمهات غير مرضي، ولعله من المفيد الإجابة على السؤالين:

الأول: لماذا المراهقين؟

والثاني: لماذا الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي؟

لماذا المراهقين؟

- اختيرت عينة الدراسة الأساسية من المراهقين نظرًا لما تمثله هذه المرحلة من أهمية خاصة في حياة الفرد وتتجلى فيها خبرات الطفولة السابقة وتتحدد فيها ملامح شخصيته المستقبلية.

- تبين في الفصل السابق إشارة الدراسات السابقة لأهمية دراسة مشكلات المراهقين بصفة خاصة من أبناء المضطربات بالاضطراب الثنائي لما يعانونه من صعوبات أثناء محاولات التكيف والتأقلم مع اضطراب الأم وتعرض الكثير منهم لمشكلات واضطرابات نفسية سواء نتيجة الوراثة أو التعايش البيئي.
- تنذر هذه المرحلة في معظم الدراسات الخاصة بهذه الفئة من المراهقين تحديدًا بظهور أعراض نفسية محددة منذرة بالاضطراب النفسي اللاحق فضلا عن وجود اضطرابات تنطبق عليها معايير التشخيص.
- نقص وندرة الدراسات النفسية لأبناء المضطربين بالاضطراب الوجداني الثنائي في البيئة المصرية والعربية وخاصة التي اهتمت بالفترة التنبؤية للاضطراب الوجداني الثنائي اللاحق مع ملاحظة أن جميع الدراسات العربية السابق عرضها في الفصل الثالث طبية وليست سيكولوجية.
- أهمية الكشف المبكر عن المشكلات التي تمثل أعراض منبئة بالاضطراب الثنائي وعلاقتها باضطراب الأم على اختلاف النوبة الحالية ومن ثم اتخاذ اللازم نحو تحديد طرق الوقاية والعلاج في دراسات لاحقة.

لماذا الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني الثنائي؟

- انتشار الاضطراب الثنائي الوجداني بشكل عام وفي محل الدراسة الحالية بمحافظة الدقهلية بوجه خاص لدى الإناث بالإضافة إلى إشارة الدراسات السابقة إلى مخاطر الاضطراب الثنائي لكونه وراثيا وازدياد هذه المخاطر في حال اضطراب الأم.

وتم اتخاذ الإجراءات التالية لانتقاء عينة الدراسة:

١- تم إجراء عدة مقابلات مع بعض أطباء الأمراض النفسية بمستشفى جامعة المنصورة (العيادة الخارجية) ومستشفي الصحة النفسية بكفر دميرة القديم التابع لوزارة الصحة بمحافظة الدقهلية، والإطلاع على

كروت المتابعة الخاصة بمرضى ذهان الهوس والاكتئاب لانتقاء الحالات المناسبة لموضوع الدراسة.

٢- تم تحديد عدد (٢٢٠) حالة بشكل مبدئي من أمهات لديهن أبناء في عمر المراهقة، ويأتين لتلقي العلاج الدوائي المجاني أو الجلسات الكهربائية بالمستشفى لمدة زمنية لا تقل عن ٥ سنوات لتطبيق مقاييس الدراسة بالتعاون مع أطباء العيادة النفسية.

٣- تمت مقابلة الحالات والمرافقين لهم في العيادة الخارجية بمستشفى المنصورة الجامعي أيام (الأحد، الثلاثاء، الخميس) ومستشفى الصحة النفسية بكفر دميرة أيام (السبت، الاثنين) خلال المدة الزمنية (من بداية ابريل ٢٠١٠ حتى نهاية شهر ديسمبر ٢٠١٠).

٤- تم الاتفاق علي إجراء مقابلات فردية بعد استئذان المرافقين وموافقتهم سواء في المستشفى في وجود طبيب لا تقل درجته عن أخصائي لتشخيص وتسجيل درجة اضطراب الأم، أو من خلال زيارة لمنزل الحالة لاستكمال تطبيق مقاييس الدراسة على الأبناء.

وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية أنه يجب إبلاغ الابن أو الابنة والأهل قبل المقابلة كما أنهم يجب أن يكونوا على استعداد تام لجميع الإجراءات التالية للمقابلة.

.(World health organization, 1992, p. 10)

وفضلت الباحثة أن تكون المقابلة فردية، وفي هذا يذكر إن صدق التقييم والمقاييس الذاتية تتأثر بكونها لفظية أو مكتوبة وبأسلوب صياغة الأسئلة ومحتواها وموقف المقابلة ذاته.

(Ammer marn & Harsen, 1995, pp 7-10)

وأن ذلك قد يساهم بشكل أفضل في توفير مزيد من الألفة مع المراهق وأسرته، كما قد يساعدهم على استيعاب البنود وقراءتها بشكل كامل، ويؤكد Rutter et al على أن المقابلة في المجالات المعروفة سلفًا تفضل أن تكون في شكل استبيانات منظمة، كما يؤكد أن مقابلة الأسرة ككل هي من أسس تقييم الأبناء ومشكلاتهم وأنه إذا

قام أحد القائمين بالمقابلة بتقييم الفرد المعنى وحده دون الرجوع إلى الأسرة فإن ذلك غالبًا ما سيؤثر في السياق الاجتماعي لهذا الفرد شاملاً الموقف العائلي، وبالتالي فإنه منذ البداية يجب معرفة أن هذه العائلة قد أثرت في الابن أو الابنة مما يصعب معه استبعاد مقابلتها. (Rutter et al., 1994, pp. 34-65).

٥- بالنسبة للبيانات الخاصة بالأمهات تم الحصول عليها من الملفات الخاصة بالمرضى في المستشفى، وكذلك تم استكمال البيانات بالمقابلة الشخصية للمريضة مع الطبيب المعالج، وقد روعي أن تشمل هذه البيانات: التشخيص الأساسي والنوبة الحالية لتسجيل درجة الأمهات.

٦- قامت الباحثة بإجراء مقابلات بشكل فردي في مدرج مغلق بالعيادة الخارجية بمستشفى جامعة المنصورة، وكان يطلب من المراهق أن يحضر أحد أصدقائه من جيرانه مرة أخرى، وهذا بالنسبة للعديد من الحالات التي كان يرفض فيها الابن أو الابنة الحضور مع الأم أو المرافق للمستشفى وبخاصة الإناث الأمر الذي يصل إلى الاضطرار إلى تقديم بعض الهدايا الرمزية.

٧- استقر العدد النهائي للعينة في نهاية المدة على (١٧٢) أم مضطربة و(١٧٢) من الأبناء المراهقين بالإضافة إلى(٨٨) من المراهقين أبناء أمهات عاديات. بعد استبعاد بعض الحالات للأسباب التالية:

أ) رغبة العديد من الأسر في إبعاد أبنائهم عن أي شيء يتعلق بمرض الأم ومن ثم عدم موافقتهم.

ب) تردد الأمهات وتشككهن وعدم إعطاء معلومات صحيحة أو التخلف عن ميعاد المقابلة.

ج) إنكار العديد من المرافقين عن وجود أي مشكلات أو صعوبات لدى أبناء الأم المضطربة، والإشارة لذلك بجمل متكررة تشير في اغلبها إلى الخوف من وصمة المرض.

د) عدم إكمال الأسئلة بسبب فترة الامتحانات السنوية أو عدم الحضور مره أخرى بسبب بعد المناطق السكنية.

ه) استبعاد المراهقين الذين انقطعوا عن التعليم أو لديهم (صـــرع) أو أي إعاقة جسدية أو يتلقون علاجـا لأمـراض مزمنـة أو يعانون من أي اضطراب نفسي.

و) استبعاد الأمهات التي يعانين من الهوس الخفيف أو تحت الحاد حيث تتسم هذه الحالات بالشفاء التام بين النوبات وتباعد مرات حدوثها مع غياب الأعراض الذهانيـة النشـطة (كـالهلاوس والضلالات والهياج)، وقد كان من إجراءات البحـث دراسـة الاستعداد للذهانية لدى الأبناء، والتعـرف علـى الأعـراض المشابهة لاضطراب الأم لدى الأبناء، وأن العامل المتمثل فـي الأعراض الذهانية لدى الأم يؤدي لاختلاف في طبيعة نوعيـة العوامل المؤثرة في الأبناء، إذا توفر لدى حالات ولـم يتـوفر لدى حالات أخرى.

واستقر العدد في نهاية التطبيق العملي للدراسـة علـى (١٧٢) مراهقًـا ومراهقة من الجنسين في عمر يتراوح ما بين (١٢-١٨) عام من ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتقارب من أبناء الأمهات المضطربات بالاضـطراب الوجداني ثنائي القطب وأمهاتهم، وجميعهم في مراحل التعليم المختلفة (في قري تتبع مراكز محافظة الدقهلية) بالمقارنة مع (٨٨) مراهقا ومراهقـة مـن أبنـاء أمهات غير مرضي بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب و(لـم يتـرددن علـي العيادة النفسية من قبل) من جيرانهم أو أصدقائهم قبلوا التعاون مع الباحثة.

ثانيا: أدوات الدراسة

١- مقياس بيجل لتقدير حالة الهوس للمراهقين والبالغين:

- إعداد/ بيجل أ، مورفي دل، بوني و إج ر. ١٩٧١.

هدف المقياس: تقييم تواتر وشدة أعـراض الهـوس لـدى المـراهقين والبالغين.

شرح المقياس: يرجع أصل المقياس إلى بيجل وهو مكون من (٢٦ فقرة) وهو مقياس إكلينيكي رئيسي يقدم تقـدير لشـدة وتـواتر أعراض الهوس، ويعتمد على الملاحظة بدلاً مـن تقـدير

الحالة ويفيد أيضا في المواقف التي يتعذر فيها إجراء المقابلة مع الحالة.

وصف المقياس: يتكون المقياس الأصلي من (٢٦) عبارة وتم إضافة (٤) عبارات له تمثل أعراض لم تدرج في المقياس الأصلي، ليصبح المقياس مكون من (٣٠)عبارة يتم من خلالها قياس الشدة والتكرار لأعراض الهوس حيث تقدر الشدة من خلال خمس مستويات هي: (قليل جدا - قليل - معتدل - ملحوظ - واضح جدا) وتتراوح درجاتها من(١الى ٥) ومن ثم تتراوح الدرجة الكلية للشدة ما بين (٣٠ إلى ١٥٠)، ويقدر التكرار على متدرج من ست مستويات هي (أبدا -نادرا- أحيانا-كثيرا-غالبا-دائما)، وتتراوح درجاتها من(صفر إلى ٥) بحيث تتراوح الدرجة الكلية للتكرار ما بين (صفر إلى ١٥٠)، وتجمع درجات الشدة والتكرار معا ويتم القسمة على(٢)، وتصف الدرجات أعراض الهوس كالآتي:

(صفر-٣٠ لا يوجد , ٣١ -٦٠ خفيف , ٦١ -٩٠ تحت الحاد , ٩١ - ١٢٠ حاد , ١٢١-١٥٠ شديد).

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

تم ترجمة وتقنين المقياس نظرا لعدم وجود مقياس تقدير حالة الهوس للمراهقين والبالغين باللغة العربية، وفضلت الباحثة عدم بناء مقياس نظرا لكون الهوس اضطراب عقلي، كان لابد من الاعتماد في تشخيصه على مقياس طبي معتمد، وبقراءة المعايير والمحكات التشخيصية الواردة في الدليل الإحصائي الرابع لتصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية، وجد إن هناك العديد من المحكات التي أشار إليها الدليل لم يرد ذكرها في المقياس الأصلي، فتم بجانب الترجمة إضافة بعض العبارات التي لم ترد في المقياس الأصلي المترجم، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على السادة المحكمين من الأساتذة الأطباء المتخصصين في المجال والوارد أسمائهم في الملحق رقم(٤)، مع اقتراح إضافة (٥)عبارات اتفق المحكمين على (٤) عبارات منهم ودمج

العبارة الخامسة مع احدي عبارات المقياس، وتم عرض المقياس في صورته النهائية بعد تعديل الترجمة على السادة المحكمين لأخذ موافقتهم على صدق المقياس ويوضح الملحق رقم(٤) المقياس في صورته النهائية.

- **صدق المقياس: تم التحقق من صدق عبارات المقياس بطريقتين هما:**

١. صدق المحكمين

تم التحقق من هذا النوع من الصدق وذلك للتأكد من صحة ترجمة عبارات المقياس عن طريق عرض عبارات المقياس على هيئة من الأطباء تخصص الإمراض النفسية، والمشار إليهم في الملحق رقم (6) يوضح أسماءهم وأماكن عملهم، إذ اتفقوا على صحة الترجمة لعبارات المقياس والبالغة (٢٦)عبارة مع تعديل الترجمة لبعض العبارات، بما يتناسب مع العرض المقاس، واتفق المحكمون على إضافة عدد (٤) عبارات وإضافة الخامسة لأحدى عبارات المقياس الأصلي، والملحق رقم (٥) يوضح ذلك.

٢. صدق الاتساق الداخلي

ويشمل هذا النوع من الصدق بارتباط كل فقرة من فقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس، وقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة بين العبارة والدرجة الكلية وتبين أن جميع العبارات ذات دلالة إحصائية وتراوحت المعاملات مابين 0,177 و ٠,٦٠٧ وكانت دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ و ٠,٠٥ من الثقة مما يوضح أن المقياس يتمتع بدرجة من الاتساق الداخلي:

ثبات المقياس:

يعد الثبات من العناصر الأساسية في إعداد المقاييس واعتماد نتائجها, ويعني الثبات استقرار النتائج عند إعادة تطبيق الاختبار, على الأفراد للمحافظة على التباين الحقيقي للاختبار وتم التحقق من ثبات الاختبار بطريقتين:

١- استخدام التجزئة النصفية حيث ظهر أن قيمة معامل الارتباط بين نصفي الاختبار باستخدام معادلة بيرسون pearson correlation coefficient (0,٨٣)، وبتصحيح النتائج باستخدام معادلة سبيرمان

براون Spearman/Brown coefficient بلغت قيمة معامل الثبات (٠,٩)

وهي قيمة عالية من الثبات.

٢- طريقة (الفا كرونباخ) لإيجاد معامل ثبات القياس وتم التحقق من الثبات باستخدام معادلة الفا كرونباخ حيث أظهرت النتائج قيمة معامل الثبات والتي بلغت (٠,٨٩) تدل على ثبات عالي.

- مقياس بيك للاكتئاب الصورة الأولى المعدلة BDI-IA

عُرف هذا المقياس وعلى مدار ٢٠ عام أو أكثر بمقياس BDI، ثم أضيف الرقم I ليشير إلى الأول، وحرف A ليشير إلى كلمة amended لتشير إلى انه معدل-وهى الصورة التي تعرف الآن في أبحاث علم النفس ب IA–BDI ؛ وقد نشرت الصورة المختصرة لمقياس IA–BDI إعداد غريب عبد الفتـــاح لتقيـيم شدة الاكتئاب للعينات المختلفة من المفحوصين عام ١٩٩٦والتى استخدمت فـــي البحث الحالي من١٣ بندًا فقط وهى: الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشـــل، عـــدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات، إيذاء الذات، الانسحاب الاجتمـــاعي، التردد، تغير تصور الذات، صعوبة النوم، الإجهاد، فقدان الشهية .

وتصحح كل فقرة بحيث تعطي درجة من صفر إلى ٣ وبذلك يكون مـــدي الدرجات الكلية علي الاختبار هو صفر- ٣٩ وعلي أساس الدرجة الكلية تصنف شدة الاكتئاب كالتالي: صفر- ٤ لا يوجد، ٥ - ٧ اكتئـــاب طفيـــف، ٨ - ١٥ اكتئاب متوسط، ١٦ فما فوق اكتئاب شديد. وعلى الرغم مـــن نشـــر الصـــورة الحديثة لمقياس بيك، وهى التي تُعرف بمقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II، إلا أنه تم استخدام الصورة الأولى المعدلة المختصرة لأنها قصـــيرة ممـــا يُسَّـــهل استخدامها مع العينات ذات الحجم الكبير, والتي قد تتناسب أيضا مـــع طبيعـــة النوبة الحالية للأمهات .

وبالنسبة للمواصفات السيكومترية لمقياسIA–BDI فقد تراوحت معاملات ثباته في ما بين 7, 0، ٩٠ , ٠ سواء بطريقة الاتساق الداخلي بواسطة معامـــل ألفا أو بطريقتي القسمة النصفية أو إعـــادة التطبيـــق. وبالنســـبة للصـــدق فقـــد استخدمت أغلب طرق دراسة الصدق ســـواء صـــدق المحتـــوى، أو الصـــدق

التلازمي، أو الصدق التكويني وأثبتت صدق المقياس في البيئات العربية، وتم استخدم طريقتي القسمة النصفية وإعادة التطبيق، وتراوحت معاملات الثبات ما بين ٠,٦٨ إلى ٠,٩٠، وبالنسبة للصدق استخدمت طريقة الصدق التلازمي في العديد من الدراسات والتي أثبتت صدق المقياس. (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٩، ١٩٢).

٣- قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90- R):

وصف القائمة: تتكون قائمة الأعراض المعدلة (SCL -90- R) من (٩٠)عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وقد تم تطويرها من خلال الأبحاث السيكومترية والكلينيكية، وصممت لتعكس أنماطا من الأعراض المرضية النفسية والعقلية، وتوزع عبارات القائمة ال٩٠ على ٩ أبعاد للأعراض الأولية، والتي يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض النفسية والعقلية، بالإضافة إلى ثلاثة مؤشرات عامة، وتشتمل القائمة على الأعراض الآتية:

الأعراض الجسمية – الوسواس القهري – حساسية التعامل مع الآخرين – الاكتئاب – القلق – العداوة – قلق الخواف – البارانويا التخيلية – الذهانية.

أما المؤشرات العامة فهي: مؤشر الشدة العام – مؤشر الأعراض الايجابية المنذرة بالخطر – المجموع الكلى للأعراض الايجابية، ووظيفتها إيضاح مستوى أو عمق المشكلات النفسية لدى المراهق عن طريق درجة واحدة ويقوم كل مؤشر بعكس جوانب مختلفة من المشكلة كعرض أو اضطراب.

الكفاءة السيكومترية للقائمة:

قام معد القائمة بحساب ثبات القائمة بإعادة الاختبار بعد ٢١ يوم.

صدق القائمة:

- صدق المضمون: وكان الهدف من هذا النوع من الصدق معرفة مدى تمثيل الأعراض للبعد الذي تندرج فيه، وتم التحقق من ذلك بواسطة معد القائمة ومعاونة بعض الأطباء النفسيين من خلال دراسة كيفية منظمة لأعراض كل بعد ومدى تمثيلها في ضوء معايير DSM-IV وأتضح بالفحص تمثيل كل مجموعة من الأعراض للبعد الذي يمثلها.

- الصدق الخارجي: تم حساب معامل الارتباط بين الأبعاد المختلفة للقائمة، , ومعايير خارجية أشارت الدراسات السابقة إلى مدى ارتباطها بالأعراض المرضية الممثلة لمشكلات الدراسة، فتم حساب الصدق التلاومى للقائمة مع اختبار سمة القلق للكبار (عبد الرقيب الحيرى ١٩٨٤,)

***

ثالثا: الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الباحثة في المعالجات الإحصائية سواء في إعداد أدوات البحث أو التحقق من فروض الدراسة لتحليل النتائج على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وتم استخدام الوسائل الإحصائية الآتية:

١- تحليل التباين (اتجاه واحد) (ANOVA-ONE WAY) لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين ثلاث مجموعات.

٢- معادلة DUNCAN لتحديد صالح الفروق ذات الدلالة الإحصائية.

٣- الاختبار التائي (T-TEST) للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية.

٢- معامل ارتباط بيرسون (R) للتحقق من الصدق البنائي للمقياس المعد.

٣- معامل الفا كرونباخ لقياس ثبات المقياس المعد.

٤- التكرارات والنسب المئوية.

٥- أخذ المتوسط الحسابي Mean وذلك لترتيب المشكلات المقاسة حسب ارتفاع المتوسط الحسابي

٦- التحليل العملي.

□□ □□ □□

الفصل الخامس
نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول ومناقشته
نتائج الفرض الثاني ومناقشته
نتائج الفرض الثالث ومناقشته
نتائج الفرض الرابع ومناقشته
نتائج الفرض الخامس ومناقشته
نتائج الفرض السادس ومناقشته

يتضمن هذا الفصل عرضا لنتائج الدراسة الحالية وتفسيرها ومناقشتها في ضوء الفروض الخاصة بها.

وتتضح نتائج الدراسة الحالية على النحو التالي:

أولا: نتائج الفرض الأول:

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين أبناء الأمهات (العاديات –الأمهات في نوبة الهوس – الأمهات في نوبة الاكتئاب) في قائمة الأعراض المعدلة Scl- R- 90. وتتضح كالتالي:

أن هناك فروق دالة إحصائيا بين المجموعات في كلا من: الأعراض الجسمية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية مؤشر الشدة العام، مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، المجموع الكلي للأعراض

الإيجابية، وذلك عند مستوى دلالة(٠,٠١) من الشك، ويوضح الجدول أيضًا أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعات الثلاث في الوسواس القهري.

وللتمييز بين المجموعات تم حساب اختبار دانكن وكانت النتائج كالتالي:

ارتفاع متوسطات مجموعة المراهقين أبناء الأمهات في نوبة الهوس، عن مجموعة المراهقين أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب، وارتفاع متوسطات أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب عن أبناء الأمهات العاديات في كلا من: الأعراض الجسمية، القلق، البارانويا التخيلية, الذهانية، مؤشر الشدة العام، وارتفاع متوسط مجموعة المراهقين أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب في قلق الخواف عن مجموعتي المراهقين أبناء الأمهات (في نوبة الهوس- والعاديات)، بينما ارتفعت متوسطات مجموعتي المراهقين أبناء الأمهات المضطربات عن مجموعة المراهقين أبناء الأمهات العاديين في الاكتئاب، ومؤشر الأعراض الإيجابية، والمجموع الكلي للأعراض، وارتفع متوسط مجموعة المراهقين أبناء الأمهات (في نوبة الهوس) في العداوة عن مجموعتي المراهقين أبناء الأمهات(في نوبة الاكتئاب- والعاديات).

ويتفق ما سبق مع دراسة mowbray التي أوضحت في نتائجها أن اضطراب الأم بالثنائي يعد من العوامل المنبئة بظهور مشكلات نفسية واجتماعية بشكل عام، وأشارت نتائج دراسته إلى وجود مشكلات متنوعة مثل: تعاطي مواد مؤثرة، ومشكلات نفسية، واضطرابات سلوكية، ومعدلات مرتفعة من الحجز في السجون، والتردد والحجز في المصحات العقلية.

(Mowbray et al., 2006, p.p 130-142) .

ودراسة كلا من Kokcu , Goldstein في أن الأم المضطربة عقليا تؤثر على الحالة النفسية لأبنائها، ويؤدي مرضها إلى اضطراب ظروف معيشتهم، بصورة أكثر شدة ووضوحا، مقارنة بأبناء الأمهات العاديات؛ فالاضطراب عبء يقع على كل النواحي الخاصة في حياة الأسرة جميعها، حيث تضطرب حياتهم وتتشوه بوجود اضطراب الأم، مما يؤدي إلى تعلق وعلاقات غير أمنة داخل هذه الأسر, وأعراض نفسية متنوعة مثل: القلق، والاكتئاب، والسلوك المعارض والمتحدي، والعدوان، وسوء استخدام المواد والعقاقير لدي

الأبناء بصورة أكثر وضوحًا، وازدياد توقع العديد من الاضطرابات النفسية، ومخاطر التعرض للاضطراب الوجداني ثنائي القطب، واقتصار الأعراض الذهانية عليهم فقط بصورة دالة إحصائية عن أبناء المرضى باضطرابات نفسية أخرى.

(Kokcu, 2010, pp. 309-318) ,(Goldstein, 2010, pp388-396)

وترجع الباحثة ارتفاع متوسطات أبناء الأمهات المضطربات سواء في نوبة الهوس أو في نوبة الاكتئاب) إلى:

- وجود أرضية مشتركة من الديناميات الفعالة بين اضطراب الأم الثنائي والمشكلات النفسية لدى أبنائها.
- وجود شدة لكلا من الأم والأبناء، تتمثل شدة الأم في الاضطراب نفسه وتأثيره على الدور الوظيفي تجاه أبنائها، وتتمثل شدة الأبناء فيما يحملونه من استعداد وراثي، وظروف بيئية ضاغطة.
- وجود دفاع وقائي ضد ومكافئ لشدة اضطراب الأم لدي الأبناء، يتجلى واضحا في ارتفاع المشكلات المتنوعة المقاسة.
- شعورهم بالتهديد الداخلي أو الخارجي، نتيجة ظروفهم البيئية بما تحملها من مواقف ضاغطة (فردية أو اجتماعية) في الوقت الحاضر، تنشط لديهم ذكريات وصراعات الطفولة، وظروف تنشئتهم مع أم مضطربة عقلي.
- قياسا بأبناء العاديات نجد أبناء المضطربات يواجهون منظومة مهددة لسوائهم النفسي، مكونة من عاملين أساسيين أولهما الاستعداد الوراثي، وثانيهما الاستعداد النفسي.
- ظهور الفروق الواضحة بين أبناء العاديات وأبناء المضطربات يوضح أن اضطراب الأم يلعب دورًا رئيسيًا في وجود أغلب مشكلات الدراسة، ووفقا لنتائج الدراسات السابقة نجدهم في خطر متزايد نحو نمو اضطرابات نفسية مختلفة، وخاصة اضطرابات المزاج خلال المراهقة اعتمادا على نتائج الدراسات السابقة.

وبذلك تحقق صحة الفرض الأول جزئيًا.

ثانيًا: نتائج الفرض الثاني:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات الذكور والإناث من أبناء الأمهات المضطربات في كلاً من قائمة الأعراض المعدلة ومقياس تقدير حالة الهوس وتتضح النتائج كالتالي:

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث أبناء الأمهات المضطربات في قائمة الأعراض المعدلة ومقياس حالة الهوس. وقد ارتفعت متوسطات الإناث عن متوسطات الذكور في كلا من: الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، قلق الخواف، وارتفعت متوسطات الذكور عن متوسطات الإناث في: العداوة، البارانويا التخيلية، الذهانية.

بالإضافة إلى وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في مؤشر الشدة العام، وحصل الإناث علي المتوسط الأعلى. بينما لا توجد فروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في كلا من: مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية، أعراض الهوس، مع ملاحظة ارتفاع متوسطات المجموعتين.

وبشيء من التفصيل لنتيجة الفرض الحالي تتفق النتيجة الخاصة بالأعراض الجسمية مع نتيجة دراسة جمال تفاحه في أن الأعراض الجسمية تختلف باختلاف الجنس في نوعها، وفي درجاتها، وتظهر الأعراض الجسمية بشكل عام لدى الإناث أكثر عن الذكور، كما تختلف نوعية العلل والشكاوى الجسمية كذلك باختلاف الجنس، وحسب نمط الشخصية، مشيرا إلى أنه في حالة وجود بيئة قاسية فإن الاستجابة الأولية تهيئ الجسم بشكل وقتي مرافق للحدث، غير انه باستمرار الضغوط وشدتها تفشل التغذية الراجعة، وتظهر العلل والشكاوى الجسدية كمصاحب فسيولوجي ثابت لحالات نفسية خاصة ومستمرة. (جمال تفاحة، ١٩٩٦، ٨٠).

ويمكن إرجاع الفروق فيها إلى:

- سهولة الاعتراف بوجود شكوى جسدية دون خجل بالنسبة للإناث، واعتبار الذكور أن الشكوى الجسدية تعبر عن الضعف مما قد يسئ إلى صورتهم.
- لدى الذكور الفرصة للتعبير عن معاناتهم خارجيا في صورة عدوان مثلا، في حين تعبر الإناث من خلال الشكوى الجسدية.

ويدعم ما سبق ازدياد الاهتمام بالأعراض الجسمية مؤخرا، نتيجة الثورة الفسيوكيميائية التي غيرت مفهوم الطب النفسي، في إشاراتها إلى العلاقة المباشرة بين مزاج الفرد وجهاز المناعة لديه، وكيف أن التغيرات المزاجية قد تقلل مناعة الجسم، ومقاومته للعديد من الأمراض الجسمية والنفسية، وصولا إلى ظهور مرحلة الهندسة الوراثية الجزئية، مع بداية القرن ٢١، التي تحدد المتلازمات المختلفة لدى بعض الأسر دون غيرها، والتي تختلف باختلاف الجنس.

(أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٠، ٢١).

وينطبق هذا أيضا على وجود الفروق في الوسواس القهري، وارتفاع متوسط الإناث عن الذكور، وقد يعود ارتفاع متوسط الإناث عن الذكور إلى:

- اختلاف الميكانيزمات التي تستخدمها الإناث عن الذكور، في مواجهة القلق، والتي تعتبر المسئولة عن ظهور الوساوس، والتي تتصف بتكرار المقاومة الداخلية، مما يزيد من المعاناة والصراع لديهن.
- لوحظ عند تصحيح درجات هذا البعد بأن أغلب الدرجات التي حصلوا عليها كانت خاصة بالعبارات الخاصة بالأفكار القهرية، ونسبة قليلة هي التي أعطت استجابات للعبارات الخاصة بالأفعال القهرية.
- يدعم ما سبق حقيقة أن كل وسواس لا يؤدي إلى فعل قهري، أو أن كل فعل قهري مسبوق بوسواس واضح ومميز، وانه بفحص العلاقة بين هاتين المجموعتين من الظواهر، قد يكون من المفيد أن نضع في اعتبارنا الوقائع التي توجد في سياق الخبرة والعلاقة بينهما.

حيث يشير أحمد عكاشة إلى وجود درجات من الوسواس تتلازم مع العديد من الاضطرابات النفسية، وأن كثيرا ما يبدأ الاكتئاب بأعراض قهرية، وتصاحبها الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية للاكتئاب، كما يحاول البعض ربط دورية من أعراض الوسواس القهري بالذهان الدوري أي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧، ١٨١) .

ويتفق ذلك مع Mowbray إلى أن إرجاع اجترار الأفكار، والصور المزعجة والمؤلمة، وتأويلها بشكل خاطئ، والتي تصل بالمراهقين إلى إدراك خاطئ، يعود إلى اضطراب وقصور الوظائف المعرفية لديهم، فهناك العديد من الدراسات التي أشارت إلى اضطراب الجانب المعرفي لدى أبناء المرضى بالثنائي، وأن خلل الوظائف المعرفية شائع ومنبئ أيضا بالاضطراب الثنائي الوجداني لدى هذه الأسر. (Mowbray, 2006, p.p. 573-589).

ويمكن تفسير ارتفاع المتوسط في الحساسية التفاعلية لدى الإناث عن الذكور ب:

- انه أحد حيل الدفاع الانسحابية والهروبية لدى المراهقات كدفاع ضد مشاعر الصراع والتوتر والقلق وتجنب الإحباط في مواقف التفاعل الاجتماعي.
- الشعور بالحرمان، بكل ما يترتب عليه من انطواء وعزوف عن أي نشاطات من ناحية، والشعور بالاهتزاز وعدم الثقة بالنفس من ناحية أخرى، مما يجعلهم يتجنبون الأنشطة والمواقف التي تثير الشعور بالنقص وعدم الثقة لديهن.

وفى هذا أشار عبد المعطي إلى أن الشكاوى الجسدية, والوساوس المطابقة للحالة المزاجية, تؤدي بالمراهق إلى الانسحاب المتلازم مع التقدير الضعيف للذات, وتلك أعراض تشيع بين المكتئبين من المراهقين والمراهقات.

(حسن عبد المعطي، ٢٠٠١، ٥٢٦).

وتختلف هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التي قامت بتحليلها آمال عبد السميع عن اضطراب القلق الاجتماعي والحساسية تجاه الآخرين، أنه لا توجد فروق بين الجنسين في هذا الاضطراب. (آمال عبد السميع، ٢٠٠٣، ١٠٩).

وربما يرجع هذا الاختلاف إلى أن الدراسات التي تناولتها لم تجرى على عينة من أبناء المرضى بالثنائي، فاختلفت النتيجة نظرا لاختلاف طبيعة عينة الدراسة الحالية وفى حدود علم الباحثة لا توجد دراسات ميزت بين الذكور والإناث أبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي، على الرغم من تعدد الدراسات وخاصة الأجنبية في هذا الشأن إلا انه تم تناول الأبناء فيها كعينة كلية.

على حين اتفقت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت على المراهقين من أبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي الأمهات فقط أو الوالدين معا، على تحديد العديد من المظاهر السيكاترية لدى الأبناء، والتي يمكن من خلالها التنبؤ بالاضطراب الثنائي لديهم فيما بعد، والتي ظهر ارتفاع المتوسطات فيها لدى كلا من الذكور والإناث، مع وجود فروق مثل: الاكتئاب، القلق، قصور الوظائف النفس عصبية، أعراض الهوس، اضطراب السلوك مثل دراسة كل من:

سوليفان Sollifan, 2000 , وماير وستيفاني Mayer & Stephani 2002 , وسميث وتريسى Smith & Tracy 2004 و David et al., 2002 , Jclin 2002 , وبيدرمان Bieder man 2003, وكليمس وآخرون Klimes et al ,2006 ومنن عبد المقصود ٢٠٠٥، ومنى منصور ١٩٩٣ وأشارت إلى ارتباط العوامل البيولوجية المهيئة للاضطراب، مع العوامل النفسية الضاغطة لدى هذه الفئة من الأبناء، وان ظهور هذه الأعراض يعد من العوامل المنبئة والمهيئة للاضطراب الثنائي فيما بعد، وأوصت بضرورة الكشف عن هذه المشكلات في وقت مبكر.

ويؤكد Tijjssen 2010 إلى أهمية تركيز البحوث الحديثة على الأعراض دون السريرية ,التي يمكن أن تعزي إلى الاضطراب الإكلينيكي باستمرارها لدى أبناء المرضى العقليين (الفصام – الاضطراب الثنائي)، مشيرا إلى أن نسبة كبيرة من المرضي الذين يعانون من الاضطرابات العقلية، يظهرون النمط الظاهري للاضطراب لدى المحيطين بهم على الأقل بشكل عابر، وتظهر الأعراض السريرية مشتركة بين المضطرب ومن حوله، وأن هناك العديد من الأعراض المحددة لابد من الاهتمام بها والكشف عنها حتى وإن

كانت لا تصل إلى المستوى السريري، لأنها تعد منبئة بالاضطراب العقلي لدى هذه الفئة من الأسر بوجه خاص. (Tijssen et al., 2010, pp 17, 48)

وعلى اعتبار أن العرض تعبير عن الاضطراب وعلامة من علامات المرض النفسي يشير Jeffrey ,Mattes إلى أن الاضطرابات النفسية تلاحظ وتصنف على أساس الأعراض عند دراستها، وعند تمييز اضطراب نفسي عن اضطراب نفسي آخر، فانه يجب ملاحظة الأعراض ودراستها بدقة وربطها بتاريخ حياة المراهق، والعوامل التي لعبت دورا رئيسيا في تشكيل شخصيته، وقد تكون الأعراض شديدة واضحة ويدركها وقد تكون مختفية لا يميزها إلا المتخصصون، إلا انه كلما أمكن التعرف على الأعراض في وقت مبكر كان ذلك أفضل لمنع تطورها، ويلاحظ إن الفرق بين المراهق السوي والمراهق المريض من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس فرقا في النوع، فكل فرد مهيأ لديه استعداد للمرض إلا أن الأفراد يختلفون في درجة مقاومتهم، فمنهم من تكون لديه مقاومة عالية، ومنهم من يتعرض في حياته لأسباب تحطم هذه المقاومة، لذا قد نجد بعض الأعراض إلا أن درجتها ليست مرضية، ومن ثم فهي لا ترتبط بمرض معين.

***

ثالثا: نتائج الفرض الثالث:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أبناء الأمهات في نوبة الهوس وأبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب لكل جنس على حدة (ذكور- إناث) وذلك في قائمة الأعراض المعدلة ومقياس تقدير حالة الهوس.

تتضح النتائج كالتالي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١). وقد حصل الذكور أبناء الأمهات في نوبة الهوس على المتوسطات الأعلى في كلا من: الأعراض الجسمية، الوساوس القهري، العداوة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وقد حصل الذكور أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب على المتوسطات الأعلى في كلا من: الحساسية التفاعلية، قلق الخواف.

ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، وقد حصل الذكور أبناء الأمهات في نوبة الهوس على المتوسط الأعلى في كلا من: البارانويا التخيلية – مؤشر الشدة العام.

ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وقد حصل الذكور أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب على المتوسط الأعلى.

بينما لا توجد فروق بين المجموعتين في كلا من: الاكتئاب، القلق، الذهانية، مؤشر الأعراض المنذرة للخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية، وبالنظر إلى الدرجات نجد أن المتوسطات كانت مرتفعة بوجه عام بغض النظر عن وجود فروق فيما عدا: الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية، قلق الخواف.

أما بالنسبة لمجموعتي الإناث أبناء الأمهات في (نوبة الهوس، نوبة الاكتئاب) فتظهر الفروق ودلالتها بين المتوسطات في

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين المجموعتين في كلا من: الأعراض الجسمية، الاكتئاب، القلق، العداوة، البارانويا التخيلية، الذهانية، مؤشر الشدة العام، مؤشر الأعراض الإيجابية المنذر بالخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية، وكانت متوسطات مجموعة الإناث أبناء الأمهات في نوبة الهوس هي الأعلى عن مجموعة الإناث أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في الوسواس القهري، وكان متوسط الإناث أبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب أعلى من متوسط الإناث أبناء الأمهات في نوبة الهوس.

بينما لا توجد فروق بين المجموعتين في الحساسية التفاعلية، قلق الخواف، أعراض الهوس، مع ملاحظة ارتفاع المتوسطات لدى المجموعتين في أعراض الهوس وفي الحساسية التفاعلية.

ويتضح من خلال النتائج ارتفاع متوسطات المشكلات، المتمثلة في الأعراض السابق قياسها في كلا المجموعتين، ووجود الفروق يمكن تفسيره من خلال النوبة الحالية للأم، على الرغم من كونها نوبة حالية لاضطراب ثابت إلا

أن المعاناة والكدر الناتج عن نوبة الهوس كان أكبر بشكل واضح في مختلف الأبعاد ويمكن إرجاع ذلك إلى:

- نقص القدرة على السيطرة على الأعراض الايجابية لاضطراب الأم، مما الأمر الذي يؤدي إلى قدر أكبر من الخوف والقلق، ومن ثم ارتفاع المتوسطات بشكل فارق عن مجموعة أبناء الأمهات (في نوبة الاكتئاب).
- يشير عدم وجود فروق في بعض الأبعاد إلى أن هناك درجة من الثبات النسبي في المعاناة لدى الجميع، فكانت الاستجابات متقاربة لدرجة عدم وجود فروق، أو توجد فروق مع ارتفاع متوسطات المجموعتين معا في الحالتين حتى في حالة عدم الدلالة،
- يتضح أثر نوبة الهوس كمثير يثير استجابة ما، ويتضح أيضا أن نوبة الاكتئاب مثير ولكن ليس من طبيعته إثارة الخوف والقلق على عكس نوبة الهوس.
- الفروق بين المجموعتين بسبب طبيعة أعراض كل نوبة وارتفاع متوسطات (ذكور، إناث) أبناء الأمهات في (نوبة الهوس) تعبير تجاه أعراض النوبة.

ويتفق ذلك معJeffrey, Mattes أن الأعراض التي تنم عن أعلى المستويات من العصابية أو الذهانية، لدى الأم المضطربة بالاضطراب الثنائي تعرض الأبناء لانزعاج كبير، وخلل نفسي وحيوي واضح بشكل عام، ويمكن ملاحظته من خلال وجود معدلات عالية من الاضطراب النفسي أو العقلي لدى الأبناء. (Mattes, Jeffrey, 2010, pp1198)

وتتفق هذه النتيجة مع أن جميع تقسيمات للاضطراب الوجداني الثنائي، ما هي إلى تمثيل لعملية مرضية واحدة – وربما يفسر ارتفاع المتوسطات لدى الأبناء ككل– واختلاف التعبير المرضي حسب نوع النوبة، ما هو إلا اختلاف في التعبير لعملية واحدة مرتبطة مع بعضها البعض بعوامل سماتية، عائلية، جينية مشتركة مشيرة إلى أن الأبحاث العالمية الحالية لازالت مستمرة في إعطاء المساندة الشديدة لمسار الاضطراب الوجداني الثنائي، لأن تداخل الأعراض في

التقسيم الأمريكي الرابع أخر التعريف الـــدقيق، والإدراك لظـــاهرة المتلازمـــة المرضية، مما جعل التنبؤ بالمسار المرضي والعلاج أكثر تعقيدًا، وخاصـــة أن الوراثة الجينية في الاضطراب الثنائي (سريع الدوران) ترتفع معـــدلاتها عـــن الاضطراب الثنائي(غير سريع الدوران)، مما يوجب المتابعة الدقيقة للمرضـــى وأسرهم، ودراسة تأثير الاضطراب لمحاولة الوقاية والكشف المبكر، وخاصـــة أنه لا يوجد حتى الآن اختبار بيولوجي محدد لتشخيص الاضـــطراب الثنـــائي. (عبير خاطر، ٢٠٠٨، ٤).

وبشكل آخر يمكن إرجاع الفروق وارتفاع متوسطات أبناء الأم في (نوبة الهوس) ربما يعود إلى تفاقم الأعراض الإيجابية، في حين أن العرض الإيجابي لدى الأم (في نوبة الاكتئاب)، وهو العدوان يتم السيطرة عليه من خلال الأدوية المضادة للاكتئاب التي تتناولها الأم.

وهذا ما أشار إليه الباحثون بأن السيروتونين وهي المادة الكيميائية التي يستهدفها كثير من مضادات الاكتئاب تكبح ما يبدو من ردود الفعـــل الإيجابيـــة لنوبة الاكتئاب المتمثلة في العدوان والهياج مما يجعل الأم فـــي حالـــة ســـكون فتنخفض الحاجة لردود فعل ظاهرة لدى الأبنـــاء. (Duffy 2009, pp. 457-458)

***

رابعا: نتائج الفرض الرابع:

توجد علاقة ارتباطيه بين درجات اضطراب الأمهـــات الثنـــائي الوجـــداني (درجات نوبة الاكتئاب –درجات نوبة الهوس) ودرجات الأبناء المراهقين على قائمة الأعراض المعدلة ومقياس حالة الهوس. وتتضح النتائج كالتالي:

عدم صحة الجزء الأول من الفرض حيث لا توجد علاقة ارتباطية دالـــة بين درجات الأمهات المضطربات (النوبة الحالية اكتئاب) ودرجـــات أبنـــائهن المراهقين من الجنسين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أعراض النوبة الاكتئابية للأم:

- تكون الأعراض السلبية هي الأكثر شيوعا فيها مثل:الهبـوط الـنفس حركي، الخمول الزائد، نقص الانتباه الشديد، المزاج الحزين الـدائم، فقد الاهتمام، مع أو بدون أعراض ذهانية (هلاوس – ضلالات).
- أن اختفاء العلاقة الارتباطية، يشير إلى كون الأعراض السلبية التأثير غير مهددة بالنسبة للأبناء، بل قد تثير الشفقة لديهم نحو هذه الأم.
- يفسر ذلك أيضا انخفاض متوسطات هذه المجموعة عـن متوسـطات أبناء الأمهات في (نوبة الهوس) كما أتضح في فرض سابق.
- اختلاف الدوافع والأسباب المؤدية إلى الفروق بين مجموعتي الأبناء، ووجود الأعراض وارتفاع متوسطاتها رغـم عـدم وجـود علاقـة ارتباطيه بينها وبين درجة اضطراب الأم يرجع إلى وجـود تفاعـل ممتد يرجع لأزمان الاضطراب لدى الأم مما أوجد نوع من الثبـات النسبي للأعراض لديهم، غير مرتبط بالنوبة الاكتئابية لدى الأم التي تبدو الأم فيها كما لو كانت غير موجودة، إلا فـي الحـالات التـي يصاحب اكتئابها الهياج أو تكرار المحاولات الجادة للانتحار..
- المقياس المستخدم لقياس الاكتئاب في الدراسة الحالية، يشـمل دمجـا للعديد من الأعراض الذاتية الداخلية مع أعراض سلوكية موضـوعية ظاهرة، قد تكون أثرت على انخفاض الدرجة التي حصـلت عليهـا الأمهات مثل:

- في قياس التشاؤم: الشعور بالتشاؤم داخلي، أما تحسن الأشياء فهو شيء ظاهر وواضح إذا حدث، فهل إذا حدث التحسن يختفي التشاؤم وينبعث الأمل، أم انه لن ينبعث حتى في حال وجود تحسن، وذلـك نظرا للبلادة الانفعالية وحالة الزهد الشديد التي تكون فيها الأم خلال النوبة الاكتئابية.

- في قياس السخط وعدم الرضي: تتباين العبارات لدرجـة قـد لا تصف الشعور الحقيقي، ولا تتفق مع حالة عدم الاهتمام الشديد التـي تكون فيها الأم فأعلى درجة تعطي لعبارة تعبر عن الاستياء من كـل شيء وهي تختلف عن العبارة تعبر عن عدم الاستمتاع بالأشياء كما

كانت من قبل، في حين أنها تعبر عن درجة اكتئاب أكبـر لأن مـن يستاء من كل شيء فإنه ربما لا يزال يبحث ويرى ويقيم ما حولـه، حتى وإن شُعر بعدم الراحة فلا زالت لديه القدرة على التقييم، ووزن الأمور بخلاف من لم يعد يستمتع بأي شيء، وحال اكتئابه بينه وبين الأشياء التي كانت تسعده من قبل.

- التباين أيضا في فقرة عدم الحسم حيث يمكن التعبيـر عنـه بشـكل أفضل بضعف الإرادة، حيث يمكن للأم أن تأخذ القـرار، وهـذا لا يعني بالضرورة تنفيذه، فالعديد منهم في أثناء تطبيق المقياس أبـدوا استعدادا لاتخاذ قرارات، غير أنهم أقروا بضعفهم الشديد، وضـعف إرادتهم في تنفيذها، وينطبق هذا أيضـا علـى فقـرة صـعوبة أداء الأعمال.

- تغير صورة الذات بمختلف العبارات الممثلة لها توحي لنا بقـدرة المريضة على الاستبصار بذاتها، وهذا يخالف الواقـع فـي النوبـة الاكتئابية للاضطراب الثنائي (وهو اضطراب ذهـاني)، يفقـد فيـه المريض استبصاره، فلا ترى الأم في نفسها غرابـة إلا فـي حالـة خضوعها للعلاج المحفز ومثبتات المزاج، وربما تعترض ويستفزها فقط ما يقال عنها من الأهل المصاحبين لها، حين يصـفون إهمالهـا لنظافتها ومظهرها الشديد والذي يكون واضحا، أوانها لا تأكـل ولا تنام، أوانها تحاول الانتحار، ويصفون ما فعلته في نوبة هياج، وهي تعترض وتنكر ذلك فقط بسـبب الخـوف مـن حجزهـا وتقييـدها بالمستشفى رغما عنها وهو ما يحدث في الغالب، لا لسبب آخر مثل الحرج من ذلك، وفي بعض الحالات تبدو وكأنها لا تشعر بما يقـال عنها، وربما تبدي شيء من الأسى نابعا عن شعورها بالذنب، عـن كونها عبء شديد على أسرتها، ولا تستطيع أن تفعـل إزاء نفسـها شيئًا، بل وتتمنى الموت من اجل راحة أسرتها، وهـذا أيضـا مـن الأمور التي تم ملاحظتها، التحدث أمـام الحالـة عـن إهمالهـا أو تصرفاتها العابثة، وكان يحدث ذلك لازدحـام العيـادة الخارجيـة،

والغرف التي يتردد عليها المرضى، فهي تستقبل حالتين بمـــرافقيهم في آن واحد مع وجود من ٤ إلى ٦ أطباء في نفس الغرفة.

ومما سبق نجد أن الأبناء ربما خلال نوبة الأم الاكتئابية يفتقدون التفاعل الوجداني مع الأم، غير أن سلبية انفعـــالات الأم ربمـــا يعطينـــا مقياســـا نقيـــا لمشكلاتهم، لمجرد كونها أم مضطربة.

يتفق هذا مع Haggenty أن نوع اضطراب الأم في حد ذاتـــه يكفـــى لقياس مدى تكيف الأبناء وتفاعلاتهم, بغض النظر عن الدرجة الســـيكوباثولوجية للاضطراب لديها. (Haggenty et al., 1994, p. 54).

- وعليه فان عدم الارتباط ربما يعود إلى عدم التواصل بـــين الأم فـــي نوبة الاكتئاب وأبنائها، فلا تكون هناك مشكلة تستفز الابن أو الابنـــة ليتفاعلون معها بشكل قوي.
- ارتفاع متوسطات هذه المجموعة من الأبناء عن المجموعة الأخرى، في قلق الخواف، تعبير عن القلق المكبوت الذي تحول بمرور الوقت؛ وتم إسقاطه ليصبح مخاوف تحل محل القلق غير المعلن؛ وكتعبيـــر غير مباشر لهذا القلق الكامن.
- استمرار وبقاء الأعراض وارتفاع متوسطاتها مع عدم وجود ارتبـــاط يعد دليل على أنها ليست مؤشرًا وقتيا للنوبة فقط نظرا لانتفاء العلاقة الارتباطية وإنما هى أعراض موجودة ويعانون منها

ويتفق أيضا ما سبق مع ما أشار إليه Biderman et al إن تعبيـــر الأم الذي ينم عن أعلى مستويات العصابية لديها يؤدى إلى القلق والخوف الشـــديدين لدى الأبناء، وباستمرارهما يسقط القلق ليصبح مخاوف، حيث وجد بمتابعه ٣٨٠ من أبناء المرضى العقلين والنفسين, لتوضيح تأثير الأنمـــاط المرضـــية لـــدى الوالدين، وتقويم ما إذا كان الاستعداد للاضطراب مؤكدا أم لا، لـــوحظ وجـــود معدلات عالية من الاضطراب النفسي والعقلي خاصة لـــدى أبنـــاء المرضـــى العقليين مثل: الخوف والقلق والاكتئاب والمزاجية بالمقارنة مع أبناء الأصـــحاء، كما اظهروا بشكل محدد معدلات عالية من خواف الخلاء وأوضحت الدراسة في

النهاية إن اضطرابات المزاج لدى الآباء يعرض الأبناء لانزعاج كبير، وخلل نفسي وحيوي واضح.(Biderman etal, 2010,p295)

ويتفق هذا الرأي مع مي الرخاوي في أن الأعراض الإكلينيكية عند أقارب المضطربين عقليا – وقد كانت دراستها على أبناء الآباء الفصاميين وهو أقرب الاضطرابات للاضطراب الوجداني الثنائي, لا ترتبط وفقا للنوع الفرعي للاضطراب، وإنما هي غالبا ما تظهر نتيجة وجود الاضطراب العقلي في حد ذاته، وبمدى ما يبديه المريض من أعراض ايجابية.

(مي يحيي الرخاوي، ٢٠٠٢، ١٧٥).

ويفسر ذلك أيضا:

- وجود علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجة الهوس لدي الأم ودرجات الأبناء في كلا من:

الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الاكتئاب، مؤشر الشدة العام.

- وجود علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة(٠,٠٥) بين درجة الهوس لدي الأم ودرجة الأبناء في الحساسية التفاعلية.
- وجود علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى(٠,٠٥) بين درجة الهوس لدى الأم ودرجة الأبناء في البارانويا التخيلية.
- لا توجد علاقة ارتباطيه بين درجة هوس الأم ودرجات الأبناء في كلا من: القلق، العداوة، قلق الخواف.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الجزء من الفرض بالآتي:

- يشير الارتباط إيجابي بين درجة الهوس لدى الأم ودرجات الأبناء إلى وجود عاملا مشتركا وهو التأثر الداخلي، فجميعها أعراض يتفاعل معها المراهق بشكل اكبر داخل نفسه، فهو منغلقا على ذاته منشغلا بأعراضه الجسمية وأفكاره الوسواسية وحزنه واكتئابه وانغلاقه على ذاته بعيدا عن المجتمع.
- أي عرض آخر ظاهر يعطينا دليل أعمق، يظهر في تفاعله بوضوح مع الخارج مثل: القلق أو العداوة أو قلق الخواف أو الذهانية، فعندما

يصطدم بالواقع الذي لا يتجاوب مع رغباته وميوله ينشأ لديه الصراع النفسي بين الذات العليا والهي، وعندما لا يستطيع التوفيق بينهما؛ بسبب ضعف الأنا يصاب بالمرض النفسي.

- أن نمط الأسرة المضطربة قد لا يسمح بالشعور بالايجابية نحو الذات ونحو البيئة، مما ينتج ردود فعل تتلازم مع هذا الشعور مثل: انخفاض تقدير الذات والقلق والاكتئاب والحساسية تجاه الآخرين والعدوان.
- من خلال أعراض الأم في نوبة الهوس مثل: كثرة الكلام الانفعالات الحادة المصحوبة بتهيج سواء في اتجاه (العدوان أو الابتهاج الشديد) القيام بتصرفات فاضحة، قلة النوم والنشاط الزائد، عدم مراعاة العادات الاجتماعية وخاصة في مجتمع العينة (الريف) وما تبديه الأم من سلوكيات شاذة، اضطراب المظهر سواء (بالإهمال الزائد أو الاهتمام بصورة مبالغ فيها تصل لحد الغرابة)، وتضخم الشعور بالذات، والزهو بنفسها وبجمالها، وتوريط نفسها في مشكلات مادية، وتعريض الأسرة لمشكلات قانونية مثل إمضاء إيصالات أمانة أو شيكات للحصول على مال أو أجهزة أو مواد غذائية دون الحاجة إلى ذلك، والتصرف فيها فيما بعد من أجل إنفاق المال كنوع من البذخ أو التقرب الغير مبرر للغير بسبب اضطرابها، وجميع ما سبق مع أو بدون أعراض ذهانية مثل: الهلاوس والضلالات والهذيانات.
- أعراض النوبة الهوسية تمثل شدة ضاغطة صريحة، يكون لها صداها الاجتماعي، مما يجعل المراهق أو المراهقة ينغلقون على أنفسهم، نظرا لما تسببه الأم من مشكلات تهز صورتهم أمام الجيران والأصدقاء، فينطوي المراهق على نفسه فتظهر لديه الأعراض الجسمية، وتتكرر وتتداعى لديه الأفكار الوسواسية، ويبتعد عن الآخرين، ويصبح حساسًا لنظرات من حوله، وتهتز ثقته بنفسه، وجميعها ملازمة لحالته الاكتئابية التي يشعر فيها أنه مسلوب الإرادة، فيما يحدث حوله، ولا يستطيع السيطرة عليه مما يعيق تواصلهم وتوافقهم مع أنفسهم ومع الآخرين.

- أشار أغلب أفراد العينة إلى أسفهم على ما يصدر من الأم من كلام وأفعال، رغم تفهمهم الكامل لطبيعة اضطرابها، غير أنهم لا يروا أن هذا يعفيهم من نظرة الآخرين لهم، أو تحمل تبعات أفعالها، وخاصة في حالة توجيه الأم ألفاظ خارجه لأحد أو أدعائها على أحد بشيء، أو قيامها بتصرف فاضح؛ حيث تمثل هذه الأفعال بوجه خاص عبء شديد، وواضح بخلاف أي عرض آخر زائد مثل: اللغو أو الهلاوس، وخاصة في المجتمع الريفي.
- أشار الارتباط السلبي بين درجة الهوس لدى الأم، ودرجة البارانويا التخيلية لدى الأبناء أن هدأه درجة الهوس لدى الأم المتمثل في هدأه الأعراض، قد يجعل للأبناء متنفسا يعبرون به عن ذاتهم ورفضهم لصورتهم أمام الآخرين، فتخرج في هذا الوقت معلنه أعراض البارانويا التخيلية، وقد أتضح أيضا من خلال تصحيح هذا البعد أن الدرجات العالية في أجابتهم كانت تعبر عن حقيقة لا عن خيال لديهم، فالآخرين بالفعل ينظرون إليهم ويتهامسون سواء بالشفقة أو بوصمهم باضطراب الأم، مما يزيد من حساسيتهم تجاه الآخرين، والتي عبروا عنها شفهيا بعبارات مثل: (العيال بتقولي يا بن المجنونة، والعيال بتشاور عليا، وتقول الواد ده اللي أمه مجنونة)، وكذلك الإناث(البت دي شايفة نفسها أصلها زى أمها) وللأسف أحيانا تصدر هذه العبارات أيضا من أهل الزوج للأبناء.

وفي النهاية يمكن القول أن وجود علاقة ارتباطيه أو عدمه يجب ألا يحول النظر، عن وجود مشكلات ذات درجات مرتفعة، وإلى ارتفاع درجة هذه المشكلات إلى الحد الذي يصل إلى التشخيص كما سيتضح في نتائج الفرض القادم.

***

خامسا: نتائج الفرض الخامس:

توجد مشكلات تصل إلى حد الاضطراب لدى عينة أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم حساب النسبة المئوية للدرجات التائية للمراهقين، أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني الثنائي على قائمة الأعراض المعدلة، حيث تشير الدرجة الأكبر من(٦٠) إلى الاضطراب، وتمثل الدرجة التائية(٦٠) الدرجة الفاصلة بين العرض والاضطراب في قائمة الأعراض المعدلة، بالإضافة إلى انه كلما ارتفعت الدرجة كانت دليل على وجود العرض، كما تم حساب النسب المئوية للدرجات الخام، التي حصل عليها الأبناء في مقياس تقدير حالة الهوس، وتمثل الدرجة الخام من٦١ الى٩٠ أعراض الهوس.

توضح النسب المئوية الموضحة بالجدول إلى معاناة أبناء المضطربات من:

٥٠,٦% الأعراض الجسمية، ٢٢,١% أعراض الوسواس القهري، ٦٣,٤% أعراض الحساسية التفاعلية، وواحد فقط اضطراب الحساسية التفاعلية، ٥٨,١% أعراض الاكتئاب،

٢٩,١% اضطراب الاكتئاب، ٦٦,١%أعراض القلق، ٢٩,١%اضطراب القلق، ٦١% أعراض العداوة، ١٥,٧% اضطراب العداوة، ٤٠,١% أعراض قلق الخواف، ٧٦,٢% أعراض البارانويا التخيلية، ٩,٣% اضطراب البارانويا التخيلية، ٦٩,٨% الاستعداد للذهان، ووجود ١,١٦% من العينة تعانى من الذهان، كما يتضح معاناة ٣٧,٢% من العينة من أعراض الهوس، كما يتضح حاجة ٤١,٣% من العينة إلى الإحالة للعلاج.

تشير النتيجة السابقة إلى:

- وجود مشكلات بدرجات مرتفعة يصل البعض منها إلى حد الاضطراب، الأمر الذي يستوجب متابعة هذه الفئة من الأبناء، وإجراء المزيد من الدراسات للحد من معاناتهم، والاحتياط لإمكانية تطور هذه المشكلات الراهنة في حال أزمانها، إذا لم يتم علاجها.
- أن الطبيعة البيولوجية، والطبيعة التراكمية للضغوط والصدمات، لدي هؤلاء الأبناء تحول دون الشفاء التلقائي، والممكن حدوثه في المشكلات التي يتعرض لها المراهق العادي، بشكل عرضي أو صدمي.

ويتفق هذا القول مع نتيجة كارولين2000 التي أشارت إلى استمرار وجود المشكلات، والشعور بالضغوط، وعملها لدي أبنـــاء المرضـــي بالاضـــطراب الثنائي، حتى في أوقات الشفاء بين النوبات.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات مثـــل دراســـة منـــى منصور في وجود الأعراض الذهانية لدى عينتها في أبناء المرض الـــذهانيين وقد تشابهت أعراض الأبناء مع أعراض الفرد المضطرب، كما كـــانوا أكثـــر عرضة للضغوط النفسية وسوء التكيف وأعلى نسبة في المعاناة من الأعـــراض العصابية وأعراض واضطرابات القلق والاكتئاب. (منى منصـــور، ١٩٩٣، ٢٧-٣٠).

وقد وجد تود وآخرين انه من عينة قدرها (٥٠ مراهقًا) من أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني الثنائي كان (٦ حالات اضطراب ثنائي، ٥ حالات اكتئاب شديد، ٨ حالات اضطراب القلق مع اضطراب الســـلوك، حالـــه واحدة قنوط ووهن). (Todd et al, 1996, pp 664-671).

- تتضح علاقة قوية معقدة بين انتشار القلق وبقية الأعراض، فالمشـــاعر المصاحبة للقلق غالبا ما تؤدي إلى شعور المراهق بالاكتئاب بدرجة ما، كما أن الاكتئاب نادرا ما يحدث دون أن يكون مصحوبا بدرجة من القلق تجاه ما هـــو متوقع في المستقبل، والمراهق القلق قد يتعرض للاكتئاب نتيجة الشعور بوجود خلل ما في شخصيته، سواء كان هذا الخلل حقيقي أم وهمي ويشعر بالقلق حيال قدرته على مواجهة أعباء الحياة.

حيث تشير كريستين إن(٥٠%) من المراهقين المصابين بالاكتئاب لـــديهم اضطراب قلق ومن اضطرابات القلق، قلق الانفصـــال anxiety Separation القلق العام، أو الوسواس القهري. (كريستين نصار، ٢٠٠٦، ٣٤).

ويتفق هذا مع نتائج دراسة طولية لمدة ١٠ سنوات أوضحت وجود معـــدل من الاضطرابات النفسية لدى المراهقين أبناء الأمهات المضـــطربات بالثنـــائي، وأكدت أن وجود اضطراب القلق في المراهقة المبكرة مـــع ظهـــور أعـــراض الهوس يفسر وجود الاضطراب الثنائي لديهم فيما بعد، كما تنبئ أعراض الهوس

في المراهقة المبكرة بوجود اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب في المراهقة اللاحقة. (Johnson et al., 2000, pp. 1679-1681).

وأشار mayer أنه بتحليل الدراسات السابقة على مدى ٢٣ عامًا لأبناء المضطربات بالثنائي وأبناء الأمهات المكتئبات، أن هناك مشكلات مزمنة يمكن الاستدلال منها على وجود اضطراب ثنائي فيما بعد مثل اضطراب المزاج (الاكتئاب – القلق – واضطراب السلوك)، لدى أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي، وان ظهور أعراض الهوس في المراهقة المبكرة ينبئ بظهور الاضطراب الثنائي فيما بعد مقتصرا ذلك على أبناء المرضي بالثنائي دون الاضطراب الأحادي. (Mayer, 2002, pp 79).

ويتفق أيضا مع linnen التي اعتمدت على ملاحظة سلوك المراهقين أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الثنائي في مدة زمنية محددة، ووجدت أن مشكلات السلوك الخارجية تسبق نمو اضطراب الوجدان الرئيسي، وأن اضطراب السلوك عامل نمائي سبق ظهور الاضطراب الثنائي لدى هذه الفئة من الأبناء وهو هام أيضا للتنبؤ بالثنائي لدى أبناء المضطربين به. (Linnen, 2006, p 50).

ومن ثم ينبغي الانتباه لبعض الطرق الخاطئة في التعامل مع الاضطراب السلوكي الاجتماعي، التي يمكن أن يلي له المراهق ويؤدى به أيضا إلى البارانويا في وجود الانغلاق الزائد على الذات، تجنب الآخرين، العزلة الشديدة، والتركيز على التفاصيل الصغيرة، لتدعيم الخوف داخله ويبدأ تشويه الإدراك الحسي والمعرفي، الذي يساعد على زيادة التجنب قبل إن تصبح الفكرة ثابتة في العقل، وقبل أن يصير الخوف شديدا لدرجة لا يميز فيها بين الواقع والخيال، أي أن تصبح بارانويا حقيقية حيث لا يسعى الفرد حينها للمساعدة النفسية أو الطبية.

ويؤكد جي كلاين أن أهم ما أشارت إليه الدراسات التي اهتمت بأبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي هو: ارتفاع أعراض الهوس والاكتئاب والقلق ومشكلات السلوك ونقص الانتباه والقصور المعرفي وهذا يفسر ظهور اضطرابات المزاج لديهم بمرور الوقت، كما أشارت تلك الدراسات أنه من المتوقع زيادة الضرر في مسار هذه الأعراض، وخاصة إذا كان الاضطراب

لدى الأم أو الوالدين معا، كما أضاف أن الدراسات حتى ٢٠٠٢ لم تعالج قضية الاهتمام بنسل المضطربين بالاضطراب الثنـــائي. (Jclin, 2002, pp 1171-1178)

وأكد أيضا ديفيد وآخرين ٢٠٠٢ أن أبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي يواجهون خطرًا متزايدًا لمجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية، بمـــا فيهـــا الاضطراب الثنائي القطب، مما يفرض ضرورة الفحص الجيني لتحديد الأطفال المعرضين للخطر بكونهم أبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي، ولـــم تحـــدد الدراسة اضطرابات حيث اقتصرت على ملاحظة ووصف الأبناء خلال مواقف وأحداث اجتماعية مختلفة. (Deved et al., 2002, pp 196-204).

وفي دراسة طولية لمدة (١٥ عام)نشرتها الدوريـــة البريطانيـــة للطـــب النفسي٢٠٠٩ لتحديد مخاطر اضطراب أحد الوالدين بالاضطراب الثنائي علـــى الأبناء، أشارت نتائجها إلى عدم وجود دلالة على ظهور الهوس قبل سن البلوغ، وأن المراهقة هي بداية ظهور علامات تمثـــل عوامـــل خطـــر لنمـــو الهـــوس والاكتئاب، مؤكدة بعض نتائج الدراسات الســـابقة فـــي إن ظهـــور الاكتئـــاب واستمراره خلال المراهقة يؤكد ظهور الاضطراب الثنائي عنـــد ســـن ال٣٠، كذلك ظهور نوبات مختلفة في بداية البلوغ من أعـــراض الهـــوس والاكتئـــاب والقلق واستمرارها لمدة ٥ سنوات لدى ٦٠% مـــن عينـــة أبنـــاء (٢٠٧) مـــع ملاحظة أن عينة الدراسة كانت من عمر(٨ الى٢٥ عام) وأكدت الدراســـة فـــي النهاية على ضرورة إجـــراء دراســـات مماثلـــة للتعـــرف علـــى الأعـــراض والاضطرابات المختلفة لدى الأبناء، والتـــي وصـــفتهم الدراســـة بـــأنهم مـــن المعرضين لخطر الاضطراب الثنائي، وأشارت إلى أهمية التقييم النفســـي لهـــم وملاحظة تطور أي أعراض لديهم خاصة خـــلال ســـنوات المراهقـــة لتقـــديم المساعدة لهم ووقايتهم المبكرة من الاضطراب.

(The British Journal of psychiatry; 2009: 457-458)

وفي اتجاه الارتباط الجيني وتفسير الاضطرابات المختلفة لدى أبنـــاء المضطربين بالثنائي تتفق أيضا النتيجة مع دراسة بيتينا أن الاستعداد الـــوراثي بالإضافة للضغوط البيئية والخبرات الصادمة تؤهل الأطفال والمـــراهقين إلـــى

الاضطراب الثنائي لدى هذه الأسر، وأشارت أيضا أنه لا توجد فروق بين الجنسين في تعرضهم لخطر الاضطراب الثنائي في حال وجود الاستعداد الوراثي، ومن ناحية العمر أشارت إلى أن معظم من يعانون من الاضطراب الثنائي من ذوى الاستعداد الوراثي، كانوا عند عمر مابين (٢٠-٣٠) عام، والفئة العمرية الثانية التي تظهر لديها الأعراض هي من عمر (١٥ إلى ١٩) عام، وأشارت في النهاية إلى أن دورية المزاج موجودة قبل ظهور أول نوبة في الاضطراب الثنائي، وأن هذا مؤشر يفترض استخدامه في البحوث للكشف المبكر، وتقديم الوقاية المناسبة بعد تحديد الأفراد الأكثر عرضة للاضطراب الثنائي ممن يتوفر لديهم الاستعداد الوراثي. (Bettina Ebernsten, 2010, p .240)

وفى نفس الاتجاه أكد هينان على ضرورة متابعة أبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي، نظرا لتوفر العوامل المؤهلة للاضطراب الثنائي لديهم في سن مبكر، مشيرا إلى أنه بتحليل الدراسات في جامعة هارفارد لأبناء المضطربين بالاضطراب الثنائي وجد أن حوالي ٥٠% من أبناء المرضى بالثنائي في هذه الدراسات انطبقت عليهم المعايير الرئيسية لتشخيص اضطراب الاكتئاب عند متوسط عمر الثامنة عشر، سبقها ظهور أعراض الاكتئاب واضطراب السلوك وسوء التكيف، وأظهر ٣٠% من المراهقين في هذه الدراسات أعراض الهوس وبالتالي فانه من الممكن تشخيصهم بالثنائي فيما بعد، وأشار في النهاية إلى إن أبناء المضطربين بالثنائي يواجهون خطرا متزايدا من التعرض لمجموعة واسعة من اضطرابات المزاج, وغيرها من الاضطرابات النفسية المختلفة بنسبة تتراوح بين ١٥% إلى ٣٠% إذا كان أحد الأبوين فقط مضطربا، ومن ٥٠% إلى ٧٥% إذا كان كلا الوالدين مضطربا بالاضطراب الثنائي، وبشكل أكثر تحديدا فان ١ من ٤ من الأبناء يعانون من اضطراب الاكتئاب، ٩ من ٢٤ يعانون اضطراب القلق العام، ٦ من ١٨ يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، ٨ من ٩٣ يواجهون الاضطراب السلوكي. .(Henin, 2010)

ويؤكد أحمد عكاشة على تكامل هذه الأدوار بوصفه للفرد القابل للـذهان بأنه فردا مستهدفا من الضغوط النفسية، التي يتفاعل معها بدوره هـذا التفاعـل الذي ينتج عنه أظهار استعداده الوراثي للاضطراب والتكيف للفرد، وتعتمد كمية الشدة أو الضغوط اللازمة لنشأة الاضطرابات النفسية أو العقلية علـى تكـوين واستعداد الفرد الوراثي. (أحمد عكاشة، ٢٠١٠, ٥)

وفي سن المراهقة يكون تقويم المراهق لنفسه إما أعلى من الحقيقة أو أقل منها، فإذا كان تقييمه لنفسه أقل فهذا يعني عدم ثقته بنفسـه، وبالتـالي يشـعر بالدونية ثم بعد ذلك يصاب بالاكتئاب، أو أنه يقدر نفسه أعلـى مـن حقيقتهـا، فيكتشف فيما بعد أنه غير قادر على تحقيق ما تصبو إليه نفسه، نتيجة أنه بـالغ في تضخيم ذاته، فيصاب بعدها بالاكتئاب.

وإنما هو سلسلة من العمليات تبدأ من الطفولة وتستمر وتتبلور في مرحلة متقدمة من العمر في صورة اضطراب نفسي.

ولما كانت طبيعة تكوين قائمة الأعراض المسـتخدمة متعـددة الأبعـاد النفسية، الأمر الذي يتيح تقدير الأعراض النفسية على أسـاس متعـدد ولـيس أحاديا، فمن الممكن وضع صفحة مزاجية تحدد أكثر الأعـراض والمشـكلات النفسية بروزا وارتفاعا، في العينة الكلية لأبناء الأمهات المرضي، وكل جـنس علي حدة من خلال ترتيب متوسطات العينة الكلية والترتيب باختلاف الجنس

يتضح ترتيب المشكلات لدي العينة ككل من أبناء الأمهات المضـطربات على النحو الأتي:

- القلق يليه أعراض الهوس يليه الاكتئاب يليه العداوة يليه البارانويا يليه الذهانية يليه الحساسية التفاعلية يليه الأعراض الجسـمية يليـه قلـق الخواف يليه الوسواس القهري.

كما يتضح ترتيب المشكلات لدي عينة الـذكور مـن أبنـاء الأمهـات المضطربات علي النحو الأتي:

- أعراض الهوس يليه القلق يليه العداوة يليه البارانويا يليه الاكتئاب يليه الذهانية يليه الحساسية التفاعلية يليه الأعراض الجسـمية يليـه قلـق الخواف يليه الوسواس القهري.

كما يتضح ترتيب المشكلات لدي عينـــة الإنـــاث مـــن أبنـــاء الأمهـــات المضطربات علي النحو الأتي:

- القلق يليه الاكتئاب يليه أعراض الهوس يليه الحساسية التفاعلية يليـــه الأعراض الجسمية يليه الذهانية يليه العداوة يليه البارانويا يليـــه قلـــق الخواف يليه الوسواس القهري.

يلاحظ إن الجنسين لا يتفقان في ترتيب معظم الأعراض السابقة فيما عدا الذهانية وقلق الخواف والوسواس القهري وان كانا اتفقا علي ارتفاع المتوسطات في أغلب الأعراض المقاسة علي اختلاف ترتيبها.

***

سادسا: نتائج الفرض السادس:

توجد أعراض لزُملات مرضية يكشف عنها التحليل العاملى للمشـــكلات المقاسة لدى أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من عينة الدراسة.

ولقد تم إجراء التحليل العاملى لجميع الأعراض التي تم قياسها لدى المراهقين؛ من أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، استنادا على صحة الافتراض النظري التي بنيت على أساسه قائمة الأعراض المعدلة والمتمثل في تجمع الأعراض المتفرقة في زملات أو متلازمات محددة، وتم إجراء التحليل العاملى بطريقة المحاور الأساسية والتدوير المتعامد

تفسير نتائج الفرض السادس:

يتضح من التحليل العاملى انه ليس للأعراض المنفردة قيمة تشخيصية في حد ذاتها، حيث تتنوع الأعراض وتشترك الاضطرابات النفسية فيهـــا، وتظهـــر أعراض الاضطراب النفسي عادة في شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين، وهذه الزملة أو المجموعة المتآلفة من الأعراض هي التي تحدد الاضطراب وتفـــرق بين اضطراب وآخر، ويجب الاهتمام بالارتباط المتبادل بين الأعراض بعضـــها ببعض، ويلاحظ أن العرض الواحد قد يدخل فـــي زمـــلات أو مجموعـــات أو تشكيلات مختلفة، ونجد أن التحليل العاملى قاد إلى(٣) عوامـــل تفســـر نســـبة

مرتفعة إلى حد ما، ويقدم الجدول الأخير عرضا للبنــود وتشــبعاتها ودرجــة الشيوع.

ويلاحظ من الجدول أن العوامل تتشبع ببنود متسقة مع بعضها البعض، وتعبر عن أعراض متجانسة، قد يمكن تصنيفها في زملات نفسية محددة حيــث تتصف بدرجة مرتفعة من الاتساق في محتوياتها، وتتفق أيضــا مــع الحقــائق الاكلينيكية، وان الارتباطات بين درجات العوامل الممثلة للأعراض، تشير إلــى أن الأعراض المختلفة التي تقيسها القائمة غير بعيدة عن بعضها البعض، بل هي صور متداخلة فيما بينها, وتظهر في شكل متلازمات، كما أتضح من النتائج فيما عدا العامل(٣) الذي بدت فيه الأعراض غير متماشية مع بعضها البعض، غيــر أن ذلك أيضا له دلالته الإكلينيكية وتفسيره الاكلينيكى.

ووفقا للتصنيف الرابع للاضطرابات النفسية والعقليــة لجمعيــة الطــب النفسي الأمريكي DSM IV١٩٩٩ نظام التصنيف المتعدد المحاور كما ورد من خلال المحور الأول والذي يتضمن الزملات والأعراض المرضية، أمكن تسمية العوامل المستخرجة وفقا للأعراض الواردة داخل كل عامل كالتالي:

-العامل الأول: وهو عامل قطبي يمثل فيه القطب الموجــب كــلا مــن الأعراض الجسمية، القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري، الحساســية التفاعليــة، الذهانية، قلق الخواف، العداوة، ويمثل فيه القطب السالب: الهــوس، البارانويــا التخيلية.

وتشير الأعراض السابقة إلى الوهن العصــبي وهــو الشــعور الــذاتي والمستمر بالإنهاك والضعف العام والإعيــاء والتعــب المصــحوب بــأعراض عضوية متنوعة، وجميع ما سبق يصل عند البعض إلى حد الانهيار، لأنه بمثابة اضطراب مزمن يحدث اضطراب سلوكي وعضوي للفرد، وأول من اســتخدم هذا اللفظ هو العالم الأمريكي بيرد Beard وجعله يشــمل عــددا كبيــرا مــن الاضطرابات العصابية والعضوية، ثم يطلق على معظم أعراض العصاب التــي يظن أنها ناتجة عن ضعف نفسي، وقد وصــفه (جانيــه) بأنــه يشــبه القلــق والوساوس المتسلطة مضافا إليه الوهن والضعف في الطاقة النفسية للفرد علــى حد تعبيره .

(Presley, LouiseRibeiro,2010,pp273)

وتمثل الأعراض الجسمية في هذه الدراسة أنها:

- أعراض غير عضوية تمثل فيها الأسباب الانفعالية العامل الرئيسي في إحداثها، وتحدث في أعضاء لا تخضع للتحكم الإرادي كنتيجة لاستثارة الجهاز العصبي اللاإرادي.
- غياب العوامل العضوية يشير إلى كونها نفسية المنشأ، حيث تخلو الأعراض الجسمية من أي دلالة رمزية للعرض الخاص بعضو ما خلافا للأعراض الهستيرية والسيكوسوماتية.
- تكون أعراض شعورية حقيقية ناتجة عن أزمان الانفعالات النفسية.
- استمرارها لمدة طويلة نتيجة بقاء أو استمرار المثير الداخلي أو الخارجي المسئول عنها.
- وجود استعداد وراثي سابق لظهورها، ونمط الشخصية كعامل محدد.
- نجد أنه أيضا من الطبيعي أن ترتفع درجة العرض الجسدي تماشيًا مع ارتفاع درجة العرض الانفعالي.

ومما سبق نرى أن الأعراض الجسمانية في مرحلة المراهقة؛ تحتاج إلى اهتمام واعي بكل النواحي, الجسمية والنفسية والاجتماعية ونمط التفاعل الأسري، الذي يسهم بشكل كبير في جعلها اضطرابات حادة، وأكثر خطورة من مجرد كونها أعراض جسمية، لارتباطها بعوامل وصراعات نفسية.

والعامل الثاني: وهو عامل قطبي يمثل فيه القطب الموجب كلا من: قلق الخواف، الحساسية التفاعلية، الوسواس القهري، الذهانية، الأعراض الجسمية، الاكتئاب، الهوس، ويمثل فيه القطب السالب: العداوة، البارانويا التخيلية، القلق.

ويمكن تسميته بالرهاب الاجتماعي حيث يحتل الخوف المتطور لحد الرهاب (الفوبيا) واجهة العوارض النفسية لهذا العصاب، لكن وجود مسببات مبررة لهذا الخوف (تتمثل بالصدمة والسلوك التجنبي المصاحب لها)، يجعلنا

نتحفظ عند استخدام مصطلح الفوبيا في هذه الحالات، ما لم يكن المريض معانيًا من فوبيا طفولية، أو من مظاهر رهابية سابقة للصدمة.

(Caroline, 2009, pp. 74-84)

ويتضح في هذه الزملة:

- المعاناة من الكدر الناتج عن اضطراب الأم العقلي بالنسبة للكثير من المراهقين، يصاحبه درجات مختلفة من عـدم التأكـد مـن النتائج للأحداث المختلفة في حياتهم، ومن ثـم الخـوف بهـذا الشأن.
- يكون الشعور بعدم التأكد خلال ظهور المخاوف، ونقص القدرة على السيطرة على الأحداث ما يؤدى إلى القـدر الأكبـر مـن التجنب لأغلب المواقف أو الأنشطة.
- أن الخوف والقلق استجابة سلوكية واحدة، وإذا مـا اسـتثيرت الاستجابة عن طريق مثير فانه من شان ذلك أن يثير الاستجابة إذا اعتبرت هذه الاستجابة خوفا.
- إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته إثارة الخوف فهذه الاستجابة تعتبر قلقا، والذي يحدث هو أن المثير المحايد يكتسب القدرة على الاستثارة، نتيجة لحدوثه في نفس الوقت تقريبا الذي حدث فيه المثير الطبيعي وأدى إلى استجابة الخوف.

وهناك نوع من المخاوف غير المبررة تظهر عند قيام الشخص بالحديث أو عمل شيء أمام مجموعة من الناس، مثل المناسبات أو قاعات الدرس وفـي المواقف التي يشعر فيها الشخص أنه تحت المجهر وأن الكل ينظر إليه، فيخاف أن يظهر عليه الخجل أو الخوف أو أن يخطئ أو يتلعثم مما يؤدي به للارتجاف والخفقان وضيق التنفس وجفاف الحلق والتعرق.

(حنان العناني، ١٩٩٥، ١١٣).

وعندما تحدث هذه الأعراض في موقف ما فإن المرء يخاف ويتجنب تلك المواقف، مما يزيد من مخاوفه ويضعف من ثقته بنفسه، فيجعله عرضـة لهـذه المشاعر في المستقبل مما يزيد الحالة سوءًا وتعقيدًا، ويبـدأ هـذا الاضـطراب

مبكرًا في سن الطفولة أو بداية المراهقة، وقد وجدت دراسات مختلفة أن هناك مرحلتين يكثر فيهما ظهور هذا الاضطراب: ما قبل المدرسة على شكل خوف من الغرباء، ومرة أخرى بين ١٢-١٧ سنة على شكل مخاوف من النقد والتقويم الاجتماعي. (Anne-Marie 2009, pp. 122-130)

ويلخص العامل الثالث: وهو عامل قطبي يمثل فيه القطب الموجب كلا من: الذهانية، البارانويا التخيلية، العداوة، القلق، الوسواس القهري، قلق الخواف، ويمثل فيه القطب السالب: الهوس، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، الأعراض الجسمية.

وتشير هذه الزملة إلى: اضطرابات الوعي كاحتلال العقل والنسيان والاضطرابات المعرفية. وعملية التفكير المنطقي Rational thought والإدراك الحسي Perception. والأشخاص الذين يعانون من الذهان قد يتعرضون لنوبات هلوسة Hallucinations، والتمسك بمعتقدات وهمية DelusionalBeliefs (مثلا توهمات رهابية ParanoidDelusions).

(Chang2010,pp.25-30)

وهكذا فان الاستعداد للذهان قد يجعل الفرد ذو بنية نفسيه خاصة لها ميكانيزماتها المميزة، والتي يستخدمها الفرد في المواقف المختلفة، وتحت ضغط ما تصبح هذه الميكانيزمات وسيله الأمان الوحيدة التي يعتمد عليها ويستخدمها، وبالإكثار منها يأخذ في الانعزال وسوء التوافق مع نفسه ومع الآخرين، ومن ثم فقد وتحريف الواقع نتيجة تشوه الإدراك، ووصولا إلى الاضطراب.

(Aschbrenner,2009 , pp. 298-304)

وقد يحدث حالات من تغير الشخصية مع مظاهر تفكير مفكك، تترافق هذه الحالات غالبا مع انعدام رؤية الطبيعة اللا اعتيادية، لهذه التصرفات، وصعوبات في التفاعل الاجتماعي، مع الأشخاص الآخرين، وخلل في أداء المهام اليومية؛ لذلك كثيرا ما توصف هذه الحالات بأنها تدخل في نطاق " فقدان الاتصال مع الواقع.

(Panaghi, 2009, pp. 201-207 ,2009, pp. 457-458 Duffy, Anne)

ويدعم ما سبق نتيجة دراسة للمقارنة بين المجموعات الثلاث على ثلاث محاور وهي مقارنه في النواحي الاكينيكيه والقدرات المعرفية والتاريخ المرضي للأسر فما يتعلق بالأمراض الذهانية الوجدانية وبفحص المادة الوراثية لمتغيرات في موصل الدوبامين، توصلت الدراسة إلى إن الاضطراب الوجداني المصحوب بمظاهر ذهانية خاصة، والمصحوب بمظاهر ذهانية غير مطابقة للمزاج، يمثل صوره مختلفة، ويستحق وجوده كيانا منفصلا، ويمكن إن يكون تابعا لاضطراب الذهان أكثر من الاضطراب الوجداني، وتمثل الاتجاهات الحديثة في تصنيف الأمراض العقلية حلا لهذا الجدل بوضع الاضطراب الوجداني المصحوب بمظاهر ذهانية خاصة، والمصحوب بمظاهر ذهانية غير مطابقة للمزاج على خط مرضي مابين الاضطراب الوجداني من ناحية، والاضطرابات الذهانية وفصام الشخصية من ناحية أخرى. Nisrin Moustafa El-Saadoun, 2011, (4)

تشير الدراسة في مجملها إلى:

- ضرورة الانتباه إلى أهمية العالم الموضوعي(الأم) كمصدر للاضطراب الذي يجب على الأبناء مواجهته، وكمصدر للاحتياجات التي يحقق بواسطتها الكائن العضوي غايته.
- أن البيئة تفرض نفسها على الكائن العضوي، بإهماله أو الإسراف في تنبيهه, حتى يضطرب التوازن العضوي.
- أن مبدأ الحتمية البيولوجية Biological Determinism, يشير إلى أن عامل الوراثة من العوامل البيولوجية المهددة باضطراب الشخصية، على اعتبار أنها ما يمهد الطريق أمام ظهور المرض، ويحول دون تكامل الشخصية.
- أهميه الترابط في تكوين الأعراض، باعتبار أن طبيعة المشكلات والأعراض؛ قد تتحدد جزئيا وفقا لصلات ترابطية بين الماضي والحاضر.
- أن الضغوط الخارجية المتمثلة في اضطراب الأم تلعب دورا رئيسيا وهاما؛ في حدوث المشكلات النفسية والأعراض النفسية لديهم.

- أن المواجهة المستمرة بين المراهقين وبيئتهم، وما يحدث جراء ذلك من توافق أو عدم توافق؛ يسبب للمراهقين الشعور بعدم الكفاءة وبالعجز عن السيطرة والتحكم في الأحداث، ويؤدي إلى التوتر والقلق الذي يمثل النواة الأولية للعصاب.
- قد تتوازى الضغوط الخارجية مع الضغوط الداخلية، بفعل البنية الوراثية وطبيعة تكوينه النفسي، فتظهر الأفكار الانهزامية داخل المراهق أو المراهقة، ربما نتيجة قصور عمليات الإدراك لديهم، ومن ثم يكون الضغط خارجيا وداخليا، بل أحيانا قد لا يكون هناك ضغط خارجي، وهنا يكون التركيز على الضغط الداخلي.
- يعتقد المراهق أن ما يعانيه ناتج عن عجزه وقلة حيلته وعدم كفاءته، وتلك محكات تؤثر على الحالة النفسية للمراهق، فالأفكار المعطوبة عادة ما تكون غير منطقية، وربما تؤدي فيما بعد للاضطراب النفسي.
- إن الأفكار والاعتقادات السلبية تكون أحيانا منطقية وتعكس الظروف السلبية التي يعيشون فيها، كما انه ليس من الواضح في كثير من الأحيان هل المعتقدات المشوهة هي سبب أم نتيجة للاضطراب النفسي
- أن الأفراد المهيئون وراثيا وبيولوجيا، يواجهون تحديات كبيرة في فتره البلوغ والمراهقة إضافة إلى تحديات المرحلة ذاتها، وان اضطراب الأسرة والبيئة يؤدى بهؤلاء الأبناء إلى الاضطراب.
- أن هناك حقيقة تظل شبة مؤكدة، وهى تداخل الأسباب وتعددها، وأكثر من ذلك تفاعلها مع بعضها البعض، بحيث يكون من العسير تقديم رأيا قاطعا جازما في حدوث الاضطراب الوجداني الثنائي دون الاعتبار لآراء الآخرين.

عينة الدراسة الاكلينيكية:

خطوات انتقاء عينة الدراسة الاكلينيكية والأساليب الاحصائية المستخدمة:

أ_ تم تطبيق قائمة اللأعراض المعدله (SCL-90-R) علي العينة الكلية (١٧٢) (ذكور واناث) من أبناء المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ونظرا لطبيعة تكوين قائمة الأعراض المستخدمة بأنها متعددة الأبعاد النفسية، الامر الذي يتيح تقدير الاعراض النفسية على اساس متعدد وليس احاديا، فمن الممكن وضع صفحة مزاجية تحدد أكثر الاعراض والمشكلات النفسية بروزا وارتفاعا، في العينة الكلية لابناء الامهات المرضي، وكل جنس علي حدة من خلال ترتيب متوسطات العينة الكلية والترتيب باختلاف الجنس هذا من ناحية ومن ناحية أخري ومن خلال حساب النسبة المئوية للدرجات التائية للمراهقين، أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني الثنائي على قائمة الأعراض المعدلة، حيث تشير الدرجة الأكبر من (٦٠) إلى الاضطراب، وتمثل الدرجة التائية (٦٠) الدرجة الفاصلة بين العرض والاضطراب في قائمة الأعراض المعدلة، ويوضح مؤشر الشدة العام ضرورة الاحالة للعلاج.

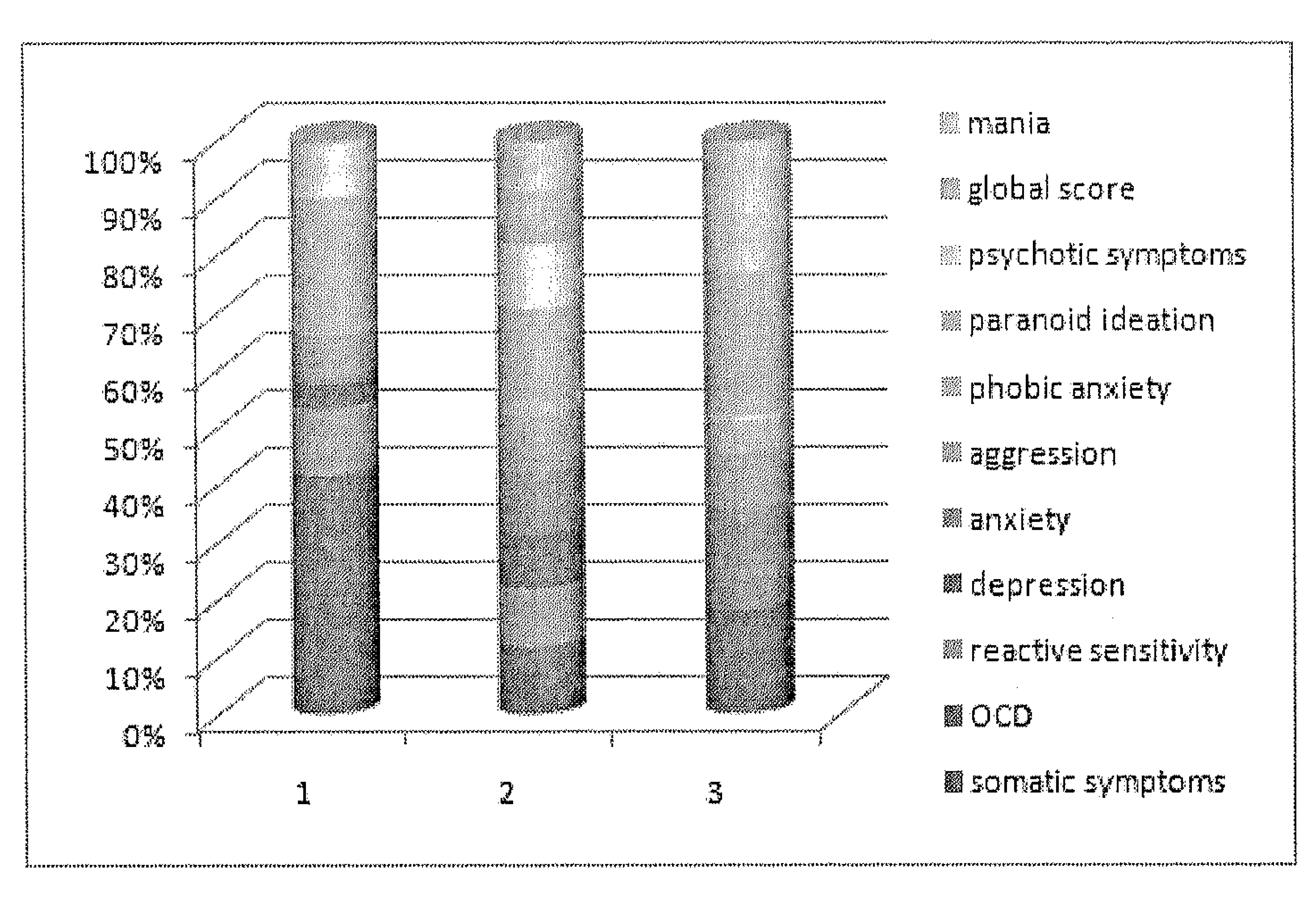
ب_ كما تم حساب النسب المئوية للدرجات الخام، التي حصل عليها الأبناء في مقياس تقدير حالة الهوس، وتمثل الدرجة الخام (٦٠ الى٨٩ أعراض الهوس_ ٩٠الي١١٩ متوسط_ ١٢٠الي ١٥٠ شديد).

ج_ تم انتقاء عدد (١٠) حالات من الحاصلين علي درجات تعدت الدرجة التائية الفاصلة المشار اليها والبعض منهم حصل علي درجات عالية خام في الهوس.

ويوضح الشكل الآتي الدرجات التائية للأعراض المقاسة في قائمة الاعراض المعدلة والدرجات الخام لاعراض الهوس علي مقياس تقدير حالة الهوس للمجموعة الكلية لأبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي وقدرها(١٧٢) مراهقا ومراهقة. حيث تمثل المجموعة الاولي الدرجة التائية اقل

من(٥٠) والثانية بين (٥٠_٥٩) وتشير لارتفاع العرض والثالثة اكثر من (٦٠) تشير الي الاضطراب

Graph (2) represents percentages of scores of the offspring of BAD mothers on different symptom dimension (SCL-90)&mania where group 1(score less than 50) &(30-60), group 2(score 50-59)&(60-90), group 3(more than 60)&(90-120)



تم استخدام أدوات الدراسة الاكلينيكية كالآتي:

أولا قائمة الاعراض المعدلة (SCL-٩٠-R) ، ومقياس تقدير حالة الهوس(MSRS)

ثانيا تاريخ الحالة

ثالثا المقابلة الاكلينيكية

وذلك للكشف عن البناء النفسي القائم وراء الاعراض المرضية لحالات الدراسة ولجمع معطيات تاريخ الحالة كاسلوب للمقابلة الشخصية المقننة، وذلك

لما تختص به هذه الطريقة من وضوح بعيدا عن الوقوع في اخطاء قلة الخبـــرة الاكلينيكية، وتم اجراء المقابلات الحرة الطليقة مع كل حالة علي حدة للاستفسار عن بعض الجوانب التي لم تكشف عنها تاريخ الحالة، والتي امكن من خلالهـــا رسم الصورة الكلينيكية النهائية المعبرة عن ديناميـــات الشخصـــية، بالاضـــافة للاستعانة بالاطباء للتحديد التشخيص الاساسي والفرعي للعينة.

الجزء الثاني: دراسات الحالة الخاصـــة بالأبنـــاء المضـــطربين ذوي الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

يتعرض هذا الجزء لعينة من المراهقين تم انتقائها وفقا لدرجاتهم التائية في قائمة الاعراض المعدلة (SCL-90-R) ودرجاتهم الخام في مقيـــاس تقـــدير حالـــة الهوس (MSRS)

من خلال دراسة الحالة التى تعد اسلوبا لتجميع المعلومـــات التـــي تـــم جمعها بالوسائل الأخري مثل المقابلة والملاحظة والاختبارات والمقاييس، وهي تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل، لتحديد وتشخيص المشكلة موضع الدراسة وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الارشادية لتحديد المنهج الوقائي المناسب، وقد قابلت الباحثة حالات الدراسة اثناء تطبيق الجزء العملي لرسالة الماجســـتير بمستشفي المنصورة الجامعي قسم الامراض النفسية (العيادة الخارجية، القســـم الداخلي).

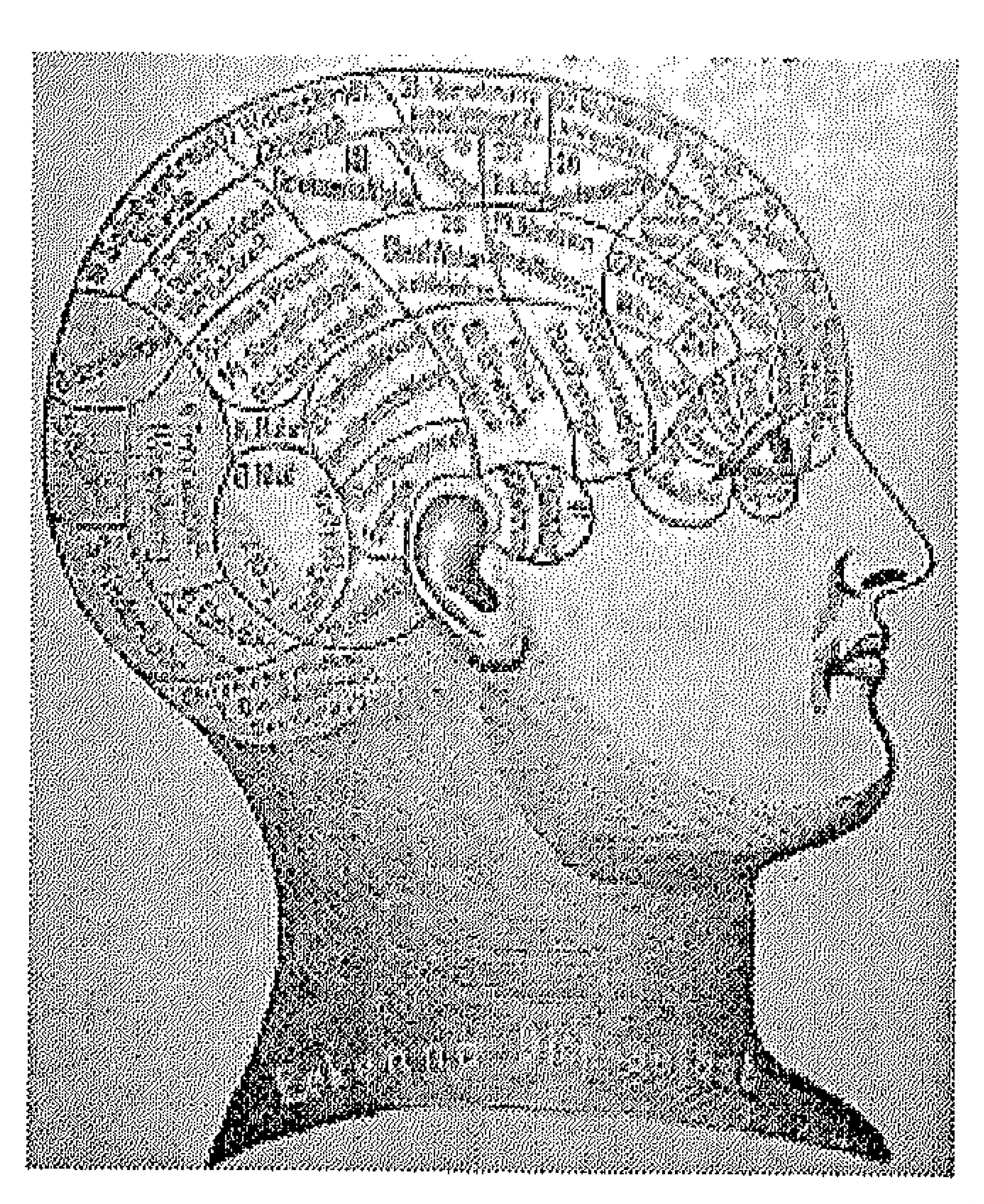
الحالة الأولي:

الإسم: آ

السن: ١٦

الجنسية: مصرية

الديانة: مسلمة



عدد الإخوة: شقيق توءم، وثلاثة غير أشقاء

الحالة التعليمية: الصف الثالث الاعدادي

مصدر التحويل: الأب

سبب التحويل: العلاج

ظهور المرض وبدايته: منذ عامين

التشخيص الأساسي: اضطراب وجداني ثنائي القطب(النوبة مختلطة)

التشخيص الفرعي: وسواس قهري واعراض ذهانية

الشكوي:

علي لسان الأب: أدخلت العميلة المستشفي بواسطة أبيها وزوجته الحالية وكانت شكواه أن الابنة منذ اسبوعين بدت عليها الملامح التالية: بكاء مستمر وعزوف عن أنشطتها الطبيعية عدم الرغبة في الذهاب الي المدرسة_ عدم الرغبة في الذهاب للدروس الخصوصية_ عدم الرغبة في الحديث مع أحد_ رفض الطعام_ الغضب والحزن الشديد وملازمة الفراش وقد حاولت الانتحار وأخبرت أختها الصغيرة بذلك وهي تبكي وأنقذتها زوجة الأب بعدما أخبرتها ابنتها بما ستفعله (آ) بأنها سكبت الجاز علي ملابسها أمامها، واصطحبها الأب فيما بعد الي طبيب في المركز التابعين له واعطاها أدوية أدت بها الي حالة أخري وعندما ضربتها زوجة الاب لانها تخشي علي أبناءها من رؤية ذلك وقامت بحبسها انتابتها حالة هياج وسباب لزوجة الاب ولأخوتها وبذهاب الأب للطبيب المعالج طلب منه التوجه الي مستشفي جامعة المنصورة.

التاريخ المرضي

سبق ادخالها واحتجازها المستشفي مرتين خلال العامين السابقين بسبب الاكتئاب وادعاء المرض بعد تلقيها علاجات مختلفة من أطباء البلدة غير انهم غير متابعين للعلاج باستمرار وكانوا يقطعون العلاج بدون الرجوع الي الطبيب

لشعورهم بتحسن الحالة التي تراوحت بين نوبات اكتئابية ونوبات هوسية وكــان الاتجاه أكثر نحو التوجه الي الطبيب أثناء النوبة الاكتئابية.

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: شخص طيب ومحب لأبناءه، ويشعر بتعاطف شديد تجاه توءميــه من الزوجة الأولي (ويشعر ان الحياة ظلمتهم)، وقد تزوج منذ (١١) سنة زوجته الحالية بعد طلاقه من والدة الحالة علي أثر خيانتها الزوجية المتكرره له، ويعمل (في تركيب السيراميك).

الأم: تقطن في أطراف البلدة في منزل أسرتها بعد زواجها من عشــيقها منذ خمس سنوات وتعالج من الاضطراب الوجداني، ومعهم جدة الحالــة وهــي ترقد علي كرسي متحرك نتيجة شلل بعدما القت بنفسها من الطابق الثــاني فــي نوبة اكتئابية وهي مريضة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب منــذ عشــرون عاما.

الاخوة: لديها أخ توءم هادئ الطباع ومنطوي قليل الأصدقاء ونادرا مــا يذهب ليري أمه،

وثلاثة غير أشقاء أكبرهم ولد (١٠) سنوات علاقته سيئة بها، وبنت(٨) سنوات تحبها وتنام معها في نفس الغرفة، والأخير(٤) ســنوات وتحبــه أمــه وملتصق بها.

زوجة الأب: ابنة عمة وتزوجته بعد طلاقها لعدم انجابهــا، ولا تعمــل وتزوجها حتي ترعي أبناءه بعد طلاقه من الأولي وهي تري أنها تزوجته بنيــة خالصة ولذا اكرمها الله وأنجبت، ومشكلتها أن الأم (ام الحاله) اولي بأبنتها التي أصبح وجودها خطرا علي أبنتها وخاصة أنها لم تنجب من زوجها الجديد.

التاريخ التطوري للحالة:

كانت ولادتها طبيعية وفطامها طبيعي والتسنين طبيعي وتكلمت ومشــت في سن مبكر عن توءمها، وتحكمت في البول والبراز في السن الطبيعي الا أنها بدأت في التبول اللاارادي عند عمر الخامسة بعد طلاق الأم واستمر حتي عمر

الثامنة، وعادت مرة أخري في الثانية عشر وذهب بها الأب بعد عام لأحد الأطباء وأعطاها (تيفرانيل) للتبول اللاارادي، وعدا ذلك لم تظهر أي أعراض مرضية في الطفولة، وبعد البلوغ بدأت النوبات المزاجية في الظهور لمدة عام، وبدأ التردد علي اطباء الباطنة مدة عام، ثم الاطباء النفسيين بعد تفاقم الأعراض الاكتئابية.

التاريخ الجنسي:

ظهرت عليها علامات البلوغ(الدورة الشهرية) في سن ١٣ سنة، وكانت قلقة من عدم بلوغها قبل ذلك وكانت مهتمه بجسدها وجمالها، كانت تستقي معلوماتها الجنسية من صديقاتها، وتسأل أسئلة صريحة لزوجة أبيها التى كانت تنهرها ولا تجيبها وتحذرها من التحدث في ذلك أمام أختها(أقوال زوجة الأب)، وكانت لها علاقات غرامية متعددة بأكثر من واحد في آن واحد(أقوال العميلة).

تأثير المرض علي الشخصية:

اشتدت حالتها بعد سن الثالثة عشر وصارت عصبية ومكتئبة ، وعزفت عن مساعدة زوجة أبيها في شئون المنزل، الاأنها كانت تساعدها أحيانا لتسمح لها بالخروج، ولوحظ عليها تقلبات المزاج مابين الاكتئاب والسعادة، والعديد من الاعراض المزاجية الخاصة بالنوبة الهوسية: الحركة المستمرة_ لاتتوقف عن الكلام_ تخرج من الحمام عارية وتجري لغرفتها_ الغناء والضحك_ الرقص والتصرف بابتذال والنشاط الزائد وأنها ترغب في أن تكون مطربة وراقصة وأنها أفضل من كل الفنانات في قنوات الأغاني، ثم انتابتها بعد ذلك حالة من فرط النظافة والاستحمام وكثرة الاستغفار أوقات أخري وبدأت تنفض عن وجهها ويديها وثيابها أغلب الوقت مشيرة الي غبار وشعور بأشياء تمشي علي جسدها ووجهها وتجعلها مشمئزة من نفسها، وتجلس في غرفتها وحيدة مابين البكاء والاستحمام والاستغفار.

- بسؤال طبيب الحالة عن العقار ذكر لي أنه مضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقة تم اعطاؤه للاستفاده من آثاره الجانبية حيث يصفه بعض الأطباء لحالات

السلس البولي والتبول اللاارادي ولكن كان يجب أن يؤخذ في الاعتبار التاريخ العائلى للحالة ووجود تاريخ وراثي لذهان الهوس والاكتئاب، وضرورة عدم اعطاءها مضادات اكتئاب دون مثبتتات مزاج تجنبا لظهور أعراض الهوس.

التاريخ الاجتماعي وأوقات الفراغ:

قبل ظهور الأعراض بشكل حاد كانت طفلة جميلة وشقية ومحبوبة، لخفتها ومرحها من الجميع وتلعب مع صديقاتها في الشارع، وكانت تربيتها يسودها التعاطف من جانب والدتها والشدة من جانب زوجة ابيها وكانت تستغل تعاطف ابيها علي الدوام وبعدما بلغت واثيرت مشاكل بسببها منعتها زوجة أبيها من اللعب في الشارع، وكانت تحب زوجة الأب كثيرا وتدعوها (بعمتي) من قبل زواجها بأبيها، وتأثرت العميلة بعد البلوغ بشخصية عمتها الغير متزوجة وتسكن مع جدتها لأبيها في نفس المنزل، الا انها بدأت تظهر كراهيتها سواء لأمها أو لزوجة أبيها وتتعمد ذكر ذلك عند حضور والدها لاستعطافه، برغم حبه لها وتعاطفه معها، وانه يري ان كل مالحق بابنته هو بسبب ان نفسيتها تعبانه وانها محتاجه حد يحن عليها، وان امها بتملا دماغها بكلام وحش لما تروحلها، والبنت اتعرضت لظروف وحشة وحاجات مش كويسة شافتها بعنيها، وانه دايما بيشتغل وان زوجته اعبائها كتير وده بس اللي مش مخليها مراعياها كويس، وصارت قليلة الصديقات بعدما افتعلت معهم الكثير من المشكلات بسبب شعورها انهم يغاررون منها ويكيدون لها لجمالها، وصارت تكره االرجال جميعهم، وادعت تحرش ابن عم والدها بها (خال اخوتها الغير اشقاء) والذي وصفها بأنها كاذبة (وأنها زي أمها)، وساءت علاقتها بزوجة أبيها أكثر بعد ذلك، وهوايتها كانت مشاهدة الأفلام العربي وتقليد الممثلات والغناء وتحب القصص الرومانسية.

الفحص الطبي:

ذكر الطبيب المعالج للحالة بأنها تعاني من اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس مصحوبا بوسواس قهري، ولديها هلاوس حسية وبصرية وسمعية، واضطراب في التفكير واعتقادات وهمية وضلالات.

ملخص تاريخ الحالة:

الحالة(آ) تبلغ (١٦) عام انهت دراستها الاعدادية، ترتيبها الاول مع اخيها التوءم، طلقت والدتها وهي في الخامسة من العمر، بعد ثبوت خيانتها للزوج وسمعتها السيئة نتيجة هروبها اكثر من مرة من منزل الزوج، وتزوج الاب من ابنة عمه التي تحبها، وعانت من التبول اللارادي بعد طلاق الام وانفصالها عنهم حتي الثامنة ثم عاودت التبول اللارادي عند الثانية عشر، وظهرت الاعراض المرضية عند البلوغ متراوحة بين المزاج الاكتئابي والسعادة والنشاط الزائد، وبعد محاولتها الانتحار ودخولها في حالة هياج بدأت في التردد علي قسم الامراض النفسية والعصبية بمستشفي المنصورة الجامعي بناء علي توجيهات الطبيب النفسي للأب بضرورة فعل ذلك.

مصادر المعلومات السابقة: اقوال الأب وأقوال زوجة الأب والحالة، ثانيا: نتائج اختبار وكسلر

حصلت الحالة علي نسبة ذكاء ١٢٠ وقد قام بتطبيق المقياس احد الاخصائيين النفسيين بالمستشفي وتم تدوينه ضمن بيانات الحالة في الملف الخاص بها.

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس:

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI	الهوس
٤٧	٦٢	٤٢	٥٨	٥٥	٥٢	٤٢	٥٨	٦٠	٦٢	٥٨	١٢٠

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس ارتفاعات في كلامن:

الهوس، الوسواس القهري، الاعراض الذهانية وبعض الارتفاعات كانت في القلق والبارانويا التخيلية وتؤكد الأعراض في مجملها الي التشخيص الطبي المشار اليه سابقا عن معاناة الحالة من نوبة الهوس مع وجود السلوك القهري النابع من الافكار المتسلطة التي لا يمكن مقاومتها مصحوبة بالاعراض الذهانية الهلاوس الحسية والبصرية المتمثلة في رؤية الغبار والشعور بحشرات تمشي علي وجهها وملابسها وسماع أصوات تلعنها وتدعوها للاستغفار، وتعكس ارتفاع درجاتها في البارانويا التخيلية والذهانية اضطراب الادراك والتفكير والاعتقادات الخاطئة والضلالات.

رابعا عرض نتائج المقابلة الاكلينيكية:

في المقابلة الاولي كانت الحالة تتميز ببشاشة الوجة ومهتمة بنفسها برغم بساطة ملبسها وتبدو في حالة سعادة وتفاؤل ولم تعير لكل ماسبق من حديث عنها من والدها او زوجة ابيها أي اهتمام بل كانت مزهوه بنفسها حين الحديث عنها، علي الرغم من تحسس الباحثة لكل ما كان يقال عنها وامامها وامام اربعة من الاطباء في نفس الغرفة، الا انها كانت تشعر بالزهو بنفسها علي الرغم مما يقال عنها وتوزع الابتسامات علي الجميع، وتتحرك كثيرا في الغرفة دون هدف، وحينما طلبت منها ان نتحدث سويا وافقت علي الفور متوجهه الي الخارج لنجلس علي انفراد، وحين ذهبنا لغرفة مجاورة ومعي احدى نائبات القسم بناء علي طلبي لذلك، اعترضت الحالة علي وجودها معللةانها طبيبة منتقبة وهي لاتحب المنتقبات، مشيرة الي سوء خلقهن جميعا علي الرغم من وجودها ضمن اطباء الغرفة، وخرجت الطبيبة ضاحكة وطلبت منها الحاله ارسال طبيب (حلو) اذا كان لازم.

ووجدتها الباحثة فرصة لبدء الحديث معها وطلبت شرح وجهة نظرها في النقاب فقالت: ان اللي تعوز تعمل حاجة غلط تلبس نقاب وتروح تعمل اللي هي عاوزاه.

الباحثة: تعرفي حد كدة

الحالة: (وهي تنظربارتياب معاتبه) انتى مشفتيش حد كدة قبل كدة وهى تضحك

واكدت الباحثة علي سؤالها: برده مقولتيش تعرفي حد كدة

الحالة: اعرف طبعا ستات ورجالة كدة

الباحثة: رجالة ازاى يعنى

الحالة: يعنى الواحد لما يحب يروح لواحدة يلبس نقاب، والواحدة اما تحب تروح لواحد ومحدش يعرفها بردة تلبسة، واستطردت قائلة اصلا (ك) كان بيروح لامى وانا كنت بشوفه، وكل حاجة بيعملوها قدامي، ثم ظهر اضطراب التفكير لديها بقولها "كل حاجة بتتعمل قدامى انا واخويا كان بيرضع وقتها" وصغير مش فاهم حاجة وكانت تسيبه يعيط وهي مع(ك) _علما بان اخوها توءمها_ ثم انتقلت للحديث فجاة عن صديقاتها بعدما قامت تتجول في الغرفة قائلة وهي ضاحكة ومزهوة انها خطفت حبيب صديقتها.

فقاطعتها الباحثة: ازاى؟ احكيلي.

الحالة: هي اصلا مابتحبوش بتضحك عليه وهو بيحبنى انا.

الباحثة: هي قالتلك كده ولا هو اللي قالك كده؟

الحالة: لالالا انا عارفه انها بتضحك عليه هى قالتلى، وانا فهمت انه بيحبني اصله كان بيقابلها وانا معاها وصاحبه كمان.

الباحثه: طيب صاحبه كان بييجى ليه؟

الحالة: بيحبني بس انا مابحبوش.

الباحثة: قولتيله كده؟

الحالة: لا انا قلت للواد التانى ان صاحبتى مبتحبوش وانا بديله جواب منها اصله ساكن في شارعنا وهي ساكنة بعيد.

الباحثه: يعني قابلتيه لوحدك عشان تديله الجواب؟

الحالة: لا ما قابلتوش لما شفته من الشباك بيلعب كوره بعتله اختي الصغيرة بالجواب، واضافت انا مبقتش احب اخرج، اصل الناس بقت وحشه جوه البيت

وبره البيت، وعلي فكره امي مظلومه ابويا ماكانش مالي عينها، وايه يعنى هـو كل واحدة متستريحش مع جوزها تبقي ماشية مع واحد تاني، انا اصـلا مـش عايزة اتجوز وانا سبت الواد اللي حكيتلك عنه اصله ضـربنى فـي الشـارع، وقاللى: اني زى امى(كلمة خارجة) ، انا بحب اغني وارقص وهبقـي ممثلـه، ومالت علي وسألتنى ان كان معي زجاجة بارفان اديهالها اصلها شـمت ريحـة حلوة فوعدتها ان احضرها المرة القادمة فطلبت مني رقم الموبيل لتذكيري بها، ثم سارعت وطلبت منى ان ادون رقم زوجة ابيها كي اتصل انا بها ولم تتـذكر الرقم كاملا وطلبت منى ان اخذه منها، ثم قالت انها زهقت مع انها ارتاحت لي جدا. وقالت كفاية كلام انتى مش جايه بكره؟ فاجبتها نعـم، فقالـت: ماتنسـيش تجيبي الورق معاكى تانى اصلي بحب الاسئلة والحاجات دي قوي(بـرغم انـي أعلمتها وقت تطبيق المقياس انه انتهي)، وذهبت لتفتح بـاب الغرفـة لنمشـى وحينما دخلنا للغرفة الاخري نظرت للطبيبة المنتقبة ووجهت حديثها لطبيب اخر انت مجتش ليه انا بايته معاكو هنا.

وانتهت المقابلة ووجه الاب شكر لي لاهتمامى بابنته لانه يشعر ان ابنته طبيعية ومحدش فاهمها ومحتاجه للي يقعد معاها ويسمعلها، لأن كلنا معرضين لظروف صعبه هونفسه حياته كانت صعبه، بس ربنا عوضـه بابنـة عمـه زى امهـا واحسن، وانها من طيبتها واخلاقها هتقعد مرافقه للبنـت، وسـيذهب لاحضـار بعض اغراض شخصية لهم لظروف حجز البنت، وهو انتظر حتـي يشـكرنى وطبعا بيشكر بقية الدكاتره، وطمأن زوجته ان الجميع معها وانه سيذهب، واشار لي انه علي باب الله وساب شغله عشان الظروف دى، وذهـب للخـارج بعـد اطمئنانه من اكتمال اجراءات حجز الابنه، واوشك وقت العيادات الخارجية علي الانتهاء، وشاهدت الباحثة زوجة الاب وهي تعنف الحالة وتلوح بيدها بعد رحيل الاب قائلة: اتظبطى انا مش عايزه هبل لسه ايامك طويله وشعرت بالحرج حين رأت اني سمعتها ورايتها برغم تجاهلي لذلك.

المقابلة الثانية:

بعد يومين من حجزها كانت قليلة الحركة تماما قياسا بالمرة السابقة التـــي لـــم تجلس فيها الانادرا، وذلك من تأثير الادوية واشارت لي الطبيبة انه جرت مشادة كبيرة بعد دخولها القسم بينها وبين زوجة ابيها، وحاولـــت ضـــربها ومنعتهـــا العاملات من ذلك، واخذت تسب وتشتم وتقول انها لاتحبها ولا تريـــدها وانهـــا ستشعل النار في نفسها افضل من رؤيتها معها وشتمتها ولعنتها زوجة الاب..

وبدأت الحالة حديثها بأنها مرتاحه لمجيئي لها، ولكنها غير مستريحة لعدم وجود التليفزيون لانهاتحب الافلام، وخصوصا انها لاتحب النوم بس هنا بيطفوا النور بدري عشان ننام بالعافية وان كانت لازالت تحتفظ بابتســامتها الا ان الارهـــاق كان باديا عليها فسألتها الباحثة عن صحتها أجابت انها كانت مشغولة، وتريد ان تستحم وطلبت ذلك ولم يوافقها احد وان رائحتها كريهة وخانقة واخذت تشمشـــم في نفسها وتنفض ثيابها وتمسح وجهها وقامت لتبحث عن منديل في سلة القمامة كي أراه، وقالت انه مليان طين لسه ماسحه بيه وجهها، وطلبت منـــديل لانهـــا تشعر ان وجهها لازال عليه طين، ثم انتقل حديثها عن والدها انه لم يحضر وانه اكيد لم يأتى لأنه (متمرمط)، وانه غلبان لأن مراته وحشه معاه وهو مش عارف حاجة ومش فاهم حاجة، سألتها عمن اتى لها بالملابس؟ فقالت ان خطيبها هـــو الذي اتي بها وانه يحبها جدا وهي لاتحبه وتحب شخص آخر ولكنها لن تتزوجه فهو مسافر هو الآخر.

فسألتها الباحثة: عن من الآخر؟ فقالت: انا خطيبي مســافر لان امـــه بتحـــب الفلوس وسفرته بره عشان بتكرهها مش عاوزاه يتجوزها هو غلبان بـــرده مـــع أمه فهي غصب عنه أمه بس منها لله. وانا بحب احمد عز هو جامد بس علـــي الله مفيش وحده م البنات تلف عليه، وانها لابد ان تصل اليـــه لتتعـــرف عليـــه وسألتني ان كنت أعرف عنوانه او تليفونه فأجبتها بلا، فنظرت بارتياب وسألت هو انتي مش قلتي انك ساكنة ف مصر، ولم تنتظر اجابة وطلبت مني بعصـــبية ان يسمحوا لها بأن تستحم وأنهم سيسمعون كلامي وقامت لتخلع ملابسها وطلبت الباحثة من الممرضة وزوجة الاب التعامل مع الموقف وانتهت المقابلـــة علـــي ذلك.

المقابلة الثالثة:

كانت الحالة جالسة وحزينة ورأتني ولم تهتم بحضوري، وكانت نظراتها زائغة وغير ممشطة الشعر وتبدو حائرة، وتستغفر الله كثيرا ومتوجسة ومرتابة، وسألتها الباحثة عن صحتها فلم تجب وكانت مشغولة بمسح وجهها، فانتقلت الباحثة الي سؤالها لماذا تستغفر الله؟ فاهتمت وردت : انها كانت نائمة في حضن حمامة كبيرة حنونة دائما ما تنام في حضنها، وجاءها رجل كبير يرتدى جلبابا ابيض وله لحيه بيضاء طويلة واخذ منها الحمامة بالعافية، وأخذت تمسك بالحمامة وتصرخ انها تريدها والحمامة تتشبث بها، فأخذها وهو يقول لها استغفرى الله استغفرى الله وذبحها وامتلأت الأرض بالدماء ورمي عليها الحمامة وجاء الدم علي وجهها وملابسها وقامت مفزوعة ورأت بعينها الدماء، وشمت رائحة "زفارة" الدم، وقالت انها لاتزال تشمها ثم اخذت تبكي وهي تمسح وجهها وجسدها وتشمشم نفسها وتستغفر بندم وحزن شديد وتستجديني بأن يتركوها تستحم، وحاولت الباحثة تهدئتها غير انها كانت في شدة الانغماس في الحزن وكأنها لاتشعر بأحد حولها وانتهت المقابلة علي ذلك.

تحليل المقابلة الاكلينيكية:

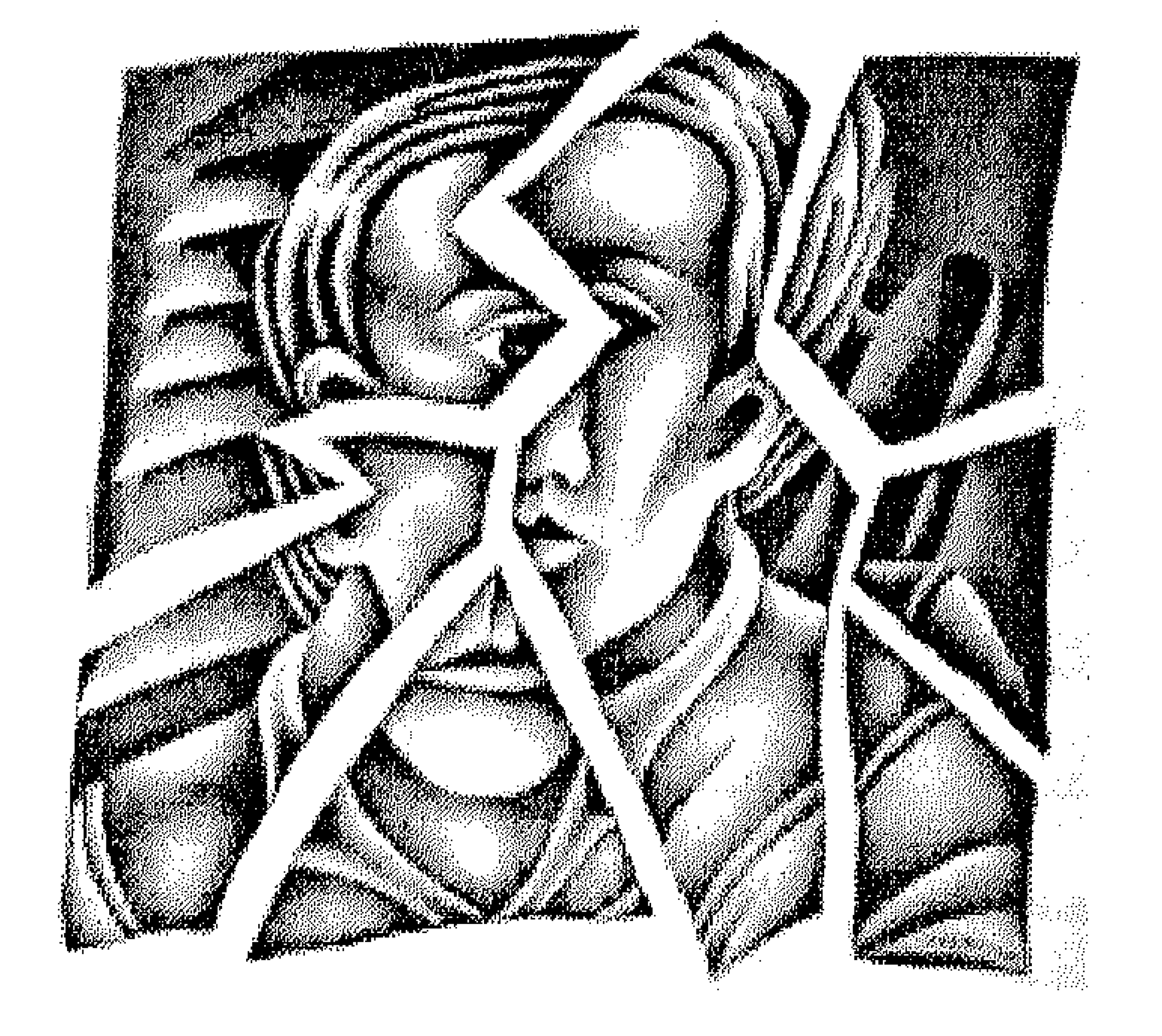
الحالة الثانية:

الإسم: م

السن: ١٤

الجنسية: مصري

الديانة: مسلم



ترتيب الحالة وعدد الإخوة: الأخير، وله شقيقتين واخ أكبرهم.

الحالة التعليمية: في الصف الثاني الاعدادى

مصدر التحويل: الأم

سبب التحويل: الكشف وتلقي العلاج اللازم

ظهور المرض وبدايته: منذ عام

التشخيص الأساسي: فصام

الشكوى:

علي لسان الأم: ولا ينام ليلا ويجلس يحدث نفسه واخرين يراهم، ويوقظ الام ليضربها لعدم اهتمامها بضيوفه، ويتمتم بلغة غريبه مشيرا انه يسبح لله مع المشايخ ممن يجلسون معه، وتنتابه حالة رعب مفاجئ، ويحاول الاختباء من عزرائيل في سحارة الكنبة أو داخل الثلاجة بعد القذف بكل محتوياتها، ويقوم بنتف شعره، ولا يأكل الطعام مدعيا أنه مسموم، وأن الام تضع له السم في الطعام وصارت تأتى الام له بطعام في علبة مغلقة ليفتحه مثل التونه او البسكوت او العصائر ياكله احيانا ولكنه يعود الي الارتياب قائلا انها اتفقت مع البائع على وضع السم له ويهاجمها ويضربها، وصار يشتم الجميع وضربه اخوه اكثر من مره، ويشتم ويسب الجيران وصاروا يقيدونه ويحبسونه عند خروجهم.

التاريخ المرضي

بدأت الاعراض المرضية في الظهور في العام السابق وبوجه التحديد يوم الوفاة المفاجئة للأب بعد ابلاغ الابن بها وبدأت الأعراض بالشرود الشديد وخلو الوجه من أي تعبير وغيرمبالي بكل ماحوله (كلام الأم: ولا منه زعلان ولا فرحان وكأنه مش شايف ولاسامع حاجه حواليه ومبيردش بالأيام)، ويضحك بلا أسباب وبدون مناسبة (كلام الأم: يضحك أثناء وجود معزيين لهم، ويفتح

التليفزيون ويضحك)، وازداد انطواؤه بكثرة النوم ولم يخرج منذ وفاة والده من المنزل وفسرت الأم ذلك بأنه (مصدوم).

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: (قبل الوفاة) كان يعمل سائقا بعض الوقت غير منتظم في العمل، معتمد علي الأم في تسيير امور المنزل وغيرمهتم بأبنائه(غيرمسئول)، وكان دائم استقبال اصدقاؤه في المنزل غير مبالي بوجود ابنتين له، ولايهتم حتي بتوجيه ابناؤه الأولاد معتمدا علي طلب اموال من الأم أو الولدين ليجلس علي القهوة ولايعنيه سوي نفسه واتجه للمخدرات مؤخرا قبل وفاته بخمسة أعوام.

الأم: تقطن في منزل أسرتها مع والدتها التي توفيت وكانت مريضة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وتذكر الأم أن جدها لأمها كان أيضا(علي الله) علي حد قولها وان والدتها كانت ظروفها سيئة مما سبب لها المرض التي ظلت تعاني منه حتي توفيت ، وأنها تزوجت من والد الحالة من أجل الستر ليس الا وحتي يكون معهم رجل، ولكنها لم تعتمد عليه يوما ما بل ظلت تعمل في خدمة المنازل حتي بعد زواجها ولم تنقطع الا قليلا لظروف الوضع، واغلب ابنائها اعتمدت في رضاعتهم علي جيرانها وأن الجدة (المريضة)كانت ترعاهم أوقات شفائها ويرعاها الجيران اوقات أخري وخاصة أنها تعمل منذ سبع سنوات لدي أسرة تضطر احيانا للسفر أو الاقامة معهم لأيام، وهي شخصية بشوشة ضاحكة تجد نفسها في العمل ومرتبطة بأبناء الأسرة التي تعمل لديها أكثر من ابنائها وتسعي في حديثها لحجز ولدها بالمستشفي دون مرافق.

الاخوة: أخ أكبر (عامل بناء) لايهمه سوى عمله ويساعد الام في المصاريف، وأختين يحب الكبري ومتعلق بها (الحالة) وازداد انطوائه بانفصالهما عن المنزل نظرا لضيق الحال وكثرة تغيب الأم عن المنزل، تم الحاق الابنتين بمؤسسة ايوائية في المنصورة بمركز طلخا لعدم قدرتها علي اعالتهم، وتزوجت الابنة الكبري بعد الدبلوم من خلال المؤسسة التي تزال تقطن بها الابنة الاخري ولم يذهب (الحالة) لحضور الفرح.

التاريخ التطوري للحالة:

كانت ولادته طبيعية وفطامه من الأم البديلة(الجارة) مفاجئ والتسنين عند عمر عام والكلام في سن متأخر عند عامين والمشي في نهاية العام الأول ، وتحكم في البول والبراز بعد العام الثالث، الا أنه بدأ في التبول اللاارادي عند عمر السابعة بعد انفصال الأختين عنه واستمر حتي الآن بشكل متقطع، ، وعدا ذلك لم تظهر أي أعراض مرضية في الطفولة بل كانت طفولته هادئة، وبعد البلوغ ازداد انطوائه وتجنبه الظهور امام اي زوار، ويهتم بالافلام العربية الاجتماعية والدرامية ويضحك ويتحدث متفاعلا مع الاحداث، وحتى عند حدث وفاة والده لم يهتم وكأنه لايدرى بما حدث حيث دخلت أحدى الجارات عليه وهي تصرخ (انت قاعد تتفرج وأبوك جايبينه ميت) ورأى والده، ودخل الي غرفته وأغلق علي نفسه ولم يخرج الا ليلا وهو يشتم ويسب المعزيات، وقام بفتح التليفزيون ولم تعارضه امه وقالت انه مصدوم، والآن لجأت الي الاطباء النفسيين بعد تفاقم العديد من الأعراض مثل: التحدث مع اناس غير موجودين، والضحك والخناق والتكسير دفاعا عن النفس، والاختباء من عزرائيل، والشك في كل من حوله ونواياهم نحوه، وسباب الماره وشم الطعام والادعاء انه مسموم، وان الام تريد ان تقتله بالسم ويقول للام أن هناك من سيقتلونه ويطلب منها أن تقطعه وتضعه في الثلاجة ولا تدفنه لأنه يخشي أن يدفن ويصير وحيدا ويدخل في نوبات فزع يعقبها هياج.

التاريخ الجنسي:

ظهرت عليه علامات البلوغ (شكلا) في سن ١٤سنة، ويستقي معلوماته الجنسية من الأفلام (علي حد قول الأم: ان التليفزيون فيه كل حاجة)

تأثير المرض علي الشخصية:

فسرت الام حينها بأنه (مصدوم) وانتابته حاله من الهدوء الحذر يوم وفاة الأب أعقبها الشجار والهياج والأعراض الذهانية البصرية والسمعية والانفصال عن الواقع.

التاريخ الاجتماعي وأوقات الفراغ:

قبل ظهور الأعراض بشكل حاد كان طفلا هادئا(في حاله) قليل الأصدقاء،لا يلعب مع أقرانه ولا يقف في الشارع مع أحدعكس من هم في مثل عمره ، يحب قراءة القصص ومشاهدة التليفزيون.

الفحص الطبي:

ذكر الطبيب المعالج للحالة بأنه يعاني من فصام بارانويدي وضلالات

مصادر المعلومات السابقة: الأم

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI	الهوس
٤٤	٦٠	٤٠	٥٠	٥٦	٥٨	٤٥	٦٠	٦٢	٦٢	٦٠	٤٤

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس:

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس ارتفاعات في كلامن:

الارتفاع الاعراض الذهانية والبارانويا التخيلية والوسواس القهري، وتشير الأعراض في مجملها الي التشخيص الطبي المشار اليه سابقا عن معاناة الحالة من الاعراض الذهانية الحادة الهلاوس البصرية والسمعية المتمثلة في رؤية وسماع أشخاص وتعكس ارتفاع درجاته في البارانويا التخيلية والذهانية اضطراب الادراك والتفكير والاعتقادات الخاطئة مثل الشك والارتياب في نوايا الآخرين والضلالات بفكرة ان هناك من يتربصون به لقتله، وان الام تضع له السم في الطعام .

رابعا عرض نتائج المقابلة الاكلينيكية:

فرضت ظروف الحالة علي الباحثة اظهار الود والتعاطف الشديد وعدم فرض قيود علي الحالة وطلبت من الحالة بشكل مباشر أن يجيب عن بعض الأسئلة من أجل الاطمئنان عليه وقد كان في هدأة جزئية من الأعراض وعرضت عليه القيام بتسجيل الإجابات فوافق علي الفور غير أنه بعد السؤال الثالث في القائمة طلب أن يرى مادونته في الورق ولفتَ نظره ان المدون هو اجابته ويمكنه التأكد بنفسه من ذلك وطلب من الباحثه أن يدون بنفسه إجاباته فتركته يجيب بنفسه وكان من الملاحظ أنه لا يجيب بالترتيب وكان في ارتياب شديد نحو العديد من العبارات التي تنتمي الي بعد الذهانية والبارانويا التخيلية وسأل الباحثة عن مصير هذه الاوراق والي من ستذهب وهو يريد أن تكون سرية وطلب أن أذهب بها الي الشرطة اذا قام أحدهم بقتله ووعدته بذلك وتخلل الإجابة عن المقياس بعض الترديد المستمر لبعض العبارات وأحاديث جانبية مثل:

الحالة: انتي تعرفي أختي (أ) موجودة بس متعرفش اني هنا لوعرفت هتيجي

الباحثة: انت عارف احنا هنا فين ؟؟ وليه انت هنا؟؟

العميل: أيوة أنا هنا بدور علي شغل وأمي جابتني عشان مقعدش من غير شغل

الباحثة: تحب تشتغل ايه

العميل: اسقي الجناين والزرع المهم امي تاخد بالها من عيال الناس وتراعي اكل عيشها

الباحثة: تحب أعرف(أ) مكان شغلك عشان تيجيلك

العميل: لالالا المكان هنا خطر عقارب وتعابين وأشار الي عينيه أنه سبق وقرصه تعبان

الباحثة: قرصك تعبان؟ كنت لوحدك ولا معاك حد؟

العميل: كنت لوحدي ونايم مغمض عنيه باب الاوضه مفتوح

الباحثة: ولا(أ) ولا مامتك ولاأي حد

العميل: أبويا كان موجود

الباحثة: إنت عايش معاه

العميل: لا هو مسافر مع اخواتي البنات ياخد باله منهم

وعاد ليملأ المقياس في هدوء.. وانتهت المقابلة.

تحليل المقابلة:

يتضح التفكك الواضح للشخصية والانفصال عن الواقع المميز لذهان الفصـــام، وبالنظر الي تاريخ الحالة نجد ممهدات هذا الانفصـــال مـــن الوحـــدة والعزلـــة والانطواء والانغلاق علي الذات والتواصل فقط مع العالم عبر قراءة القصـــص والافلام التليفزيونية، الأمر الذي يشـــير الـــي نـــوع مـــن الحرمـــان الحســـي الموضوعي، الذي يعانيه العميل بدأ" من رضاعته من جارته وفطامه المفـــاجئ، الي حرمانه من الأخت التي تحنو عليه وترعاه، بخـــلاف حياتـــه مـــع جدتـــه المضطربه، والأب الغير مسئول، ويتضح التفكك الاسري بالغياب الحقيقي للأم والوجود السلبي للأب، والانفصال الغير مقنع والذي يرفضه للأخت التي يحبها.

الحالة الثالثة:

الإسم: د

السن: ١٨

الجنسية: مصرية

الديانة: مسلمة

ترتيب الحالة، عدد الإخوة: الكبري، اثنين ذكور.

الحالة التعليمية: دبلوم التجارة.

مصدر التحويل: خطيبها ووالدتها

سبب التحويل: العلاج

ظهور المرض وبدايته: منذ عام

التشخيص الأساسي: اضطراب شخصية

التشخيص الفرعي: اضطرابات وجدانية مترافقة مع الحالة

الشكوي:

علي لسان الخطيب: أدخلت العميلة المستشفي بواسطة الام وخطيبها وهو ابن خالتها وكانت الشكوي أن الحالة منذ اسبوع بدت عليها الملامح التالية: بكاء مستمر وعزوف عن أنشطتها الطبيعية _ عدم الرغبة في الحديث مع أحد_ رفض الطعام_ الغضب والحزن الشديد وقد حاولت الانتحار مرتين حيث قامت بقطع شرايين يديها مرة والاخري تناولت كمية من الاقراص المهدئة وتم انقاذها في المرتين.

التاريخ المرضي

سبق ادخالها واحتجازها المستشفي مرة خلال العام السابق بسبب الاكتئاب الشديد، واستمرت فترة في العلاج ثم انقطعت عن العلاج والمتابعة لشعورها بالتحسن.

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: مسجون (لحصوله علي اجهزه كهربائية بالقسط وباعها كاش ثم تعثر في سداد القسط) منذ اعوام وعلي وشك الخروج، وقام بتطليق الام بناء علي طلبها وهو في السجن، وكان يتعاطى الحشيش والبانجو منذ أعوام الأمر مما أثر علي حياته وطباعه وعمله، وقبل ذلك كان شخصا طيبا متسامحا ويعمل بالخارج ويرسل اموال للام.

الأم: مطلقة من والد الحالة اثناء وجوده بالسجن وتزوجت من صديق له يصغرها بثمان سنوات كان يتردد عليهم من قبل دخول الاب السجن، وكانت تعمل في خدمة المنازل، وهي تشكو من عدم راحتها مع الزوج الجديد نظرا لادمانه أيضا(علما بمعرفتها بذلك قبل الزواج)، وتشك في خيانته لها وتري انها امرأة لها متطلباتها وتفكر جديا في الانفصال عنه(لكن لما تلاقي حد كويس تستند عليه) ولا يعنيها من مرض ابنتها شيئا سوي ان ذلك معكنن عليها حياتها.

الاخوة: احدهم يعمل في سمكرة السيارات ولايريد تكملة تعليمه لان التعليم مش مهم المهم ان يعول نفسه، الثاني لازال في التعليم وماشى كويس.

التاريخ التطوري للحالة:

كانت ولادتها طبيعية وفطامها طبيعي والتسنين طبيعي وتكلمت ومشيت في سن مبكر وتصفها امها بانها كانت طفلة جميلة وذكية، وتحكمت في البول والبراز في السن الطبيعي،

التاريخ الجنسي:

ظهرت عليها علامات البلوغ مبكرا(١٢) وتبدو أكبر من سنها عقلا وجسدا، ومارست الجنس مع ابن خالتها(خطيبها) في سن (١٤) بدون معرفة الام (ولظروف اقامة اربعة اسر في شقة واحدة حيث كانت كل اسرة تقطن في غرفة) وبامتناعها عن ذلك حدث شهر بها ابن الخالة(الخطيب) وقامت الام باثبات عذريتها لدي طبيبة وقامت بطباعة ولصق تقرير الطبيبة علي جدران البيوت المجاورة، وسافر ابن الخالة للخارج وعاد منذ شهور ليعمل في سمكرة السيارات ويخطبها ولازالت الحالة تقطن في نفس المكان مع الام واخوتها والزوج الجديد يأتي أحيانا وتقيم الأم معه أحيان أخري.

تأثير المرض علي الشخصية:

بدأ ظهور الاعراض بعد حادثة تشهير الخطيب لها من كراهية للحياة ولأمها، واستعادت طبيعتها بعد قيام الأم بلصق تقرير الطبيبة علي البيوت، غير انها كانت حزينة لابتعاد العديد من فتيات المنطقة عنها واقتصرت صداقتها علي صديقة واحدة، وارتدت الحجاب عند(١٥) عام وهي الآن منقبة بعد حصولها علي الدبلوم وافتعلت العديد من المشكلات مع الزوج الحالي للام وادعت عليه التحرش بها كما ادعت تحرش ابن خالتها الآخر(شقيق خطيبها)، وأثارت العديد من المشكلات مع أصحاب محلات وشباب آخرين في المنطقة لنفس السبب، وازداد ارتباطها بصديقتها(مطلقة) وكانت تسافر معها للترفيه عن نفسها وتتركها الام لذلك للابتعاد عن المشاكل وذلك بعد هروبها من المنزل أكثر من مرة،

ولكنها حين تعود بنفسها تنزوي وينتابها غضب وسخط علي الجميع برغم عدم تعنيف أحد لها ويتقلب مزاجها من سعادة وتفاؤل ونشاط الي بكاء مستمر وكراهية للجميع وللحياة وميل شديد للانتحار.

الفحص الطبي:

ذكر الطبيب المعالج للحالة بأنها تعاني من اضطراب في الشخصية واضطرابات مزاجية مصاحبة وأنها ذكية جدا، وذكر أن الام مريضة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب وسبق تلقيها العلاج في نفس المستشفي بشكل متقطع.

ملخص تاريخ الحالة:

الحالة(د) تبلغ(١٨) عام انهت دراستها الثانوية التجارية، ترتيبها الاول وصديقة لوالدتها ذكية منذ الصغر، طلقت والدتها وتزوجت من صديق والدها أثناء سجن الأب وظهرت تأرجحات المزاج بين السعادة والاكتئاب اعقبه اضطرابات الشخصية لديها من انحراف في السلوك بعد التشهير بها عند عمر(١٤)، مع تكرار الهروب، واختلاق واتهام العديد ممن حولها بالتحرش بها ولديها ميول انتحارية غير جادة.

مصادر المعلومات السابقة: اقوال الأم

ثانيا: نتائج اختبار وكسلر

حصلت الحالة علي نسبة ذكاء ١٣٠ وقد قام بتطبيق المقياس احد الاخصائيين النفسيين بالمستشفي وتم تدوينه ضمن بيانات الحالة في الملف الخاص بها.

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الأعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس:

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI	الهوس
٤٧	٥٢	٤٢	٥٨	٥٩	٥٨	٤٢	٥٨	٥٤	٦٢	٥٨	١١٠

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الأعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس ارتفاعات في كل امن:

الهوس، الأعراض الذهانية وبعض الارتفاعات كانت في القلق والعداوة والاكتئاب تشير الأعراض في مجملها الي التشخيص الطبي المشار إليه سابقا عن معاناة الحالة أعراض الهوس، والقلق، والعداوة، والاكتئاب مصحوبة بالأعراض الذهانية، الهلاوس البصرية، وسماع أصوات تلعنها باستمرار، وتعكس ارتفاع درجاتها في القلق والعداوة والهوس والاكتئاب اضطراب الشخصية مع وجود أعراض غير متماشية مع بعضها البعض.

رابعا عرض نتائج المقابلة الاكلينيكية:

المقابلة الأولي:

لم تتأثر الحالة بكل ما سبق وروته الأم عنها أمامها بل كانت تنتظر دورها في الحديث ببساطة واستأذنتها الباحثة بالحديث أن أرادت (وسعدت الحالة بذلك وهي تبدو متمكنة من نفسها) وأشارت بامكانية ذلك ولكن في غرفة أخري ووافقت الباحثة وسبقتني للغرفة المجاورة وكانت قد كشفت وجهها قبل وصولها الغرفة وهي تقول (كدة أحسن عشان نبقي براحتنا أنا عندي كلام كتير أنا حالة ممكن تعملي عنها كتاب مش حالة عادية)

الحالة: أنا عايزاكي بس ماتستغربيش لأن اللي هقوله كتير علي واحدة في سني وأتحداكي لوقلتيلي انك سمعتي حاجة زي كده.

الباحثة: وانا عايزة اسمعك قولي كل اللي انتي عايزاه

الحالة: طيب اكتبي اصل الكلام كتير واكيد هتنسي وهتوهي مني ولو عايزة تسجلي مفيش مانع (وهي تضحك) صوتي هيعجبك

الباحثة: انا شايفاكي سعيدة علي غير ما بيحكوا عنك (بتعيطي وانتحرتي امبارح)...

الحالة: هي الدنيا كدة وكدة عادي ولاحد بيفضل زعلان علطول ولا حد بيفضل فرحان علطول

المهم اكتبي عشان متنسيش، أنا اتولدت وعشت في العراق والحياة جميلة هناك وفي فلوس والعيشة مستريحة واخواتي كمان اتولدوا هناك، ولما الظروف اتغيرت وأحوال العراق ساءت رجعنا مصر وابتدت أمي تشتكي وتتخانق مع أبويا علي قلة الفلوس(علي فكرة هي كانت بتشرب مخدرات معاه ومع جوزها) واابتدت تشتغل في البيوت وتاخدني أساعدها وكانت بتقولي أسرق وأنا مبرضاش واطردنا من بيوت كتير بسبب كده وبسبب حاجات تانية بردة(مش قلت لك مش هتصدقي حاجات كتير).

الباحثة: لا أبدا أنا هنا عشان أسمعك وأصدقك..حاجات تانية زي ايه

الحالة: زي انها تمشي مع رجالة الستات اللي بنشتغل عندهم وتلاغيهم، ده مرة واحدة ضربتها والله ونزلنا من بيتها قدام الشارع كله مفضوحين.

الباحثة: عملتي ايه ساعتها وانتي كنتي صغيرة

الحالة: كنت صغيرة بس فاهمة مأأنا كنت بشوف امي بتعمل ايه، وكنت عارفه انها غلطانه بس برده دي رجاله خايبه وستاتهم قادرين، وفي رجالة شديدة كان الراجل يحكم علي مراته اننا مندخلش البيت تاني اصل امي ماكانتش بتميز وهي الي بتجيبه لنفسها.

الباحثة: واستمريتي معاها في الشغل ده

الحالة: ساعات كانت بتاخدني عند الجامعة نشحت وأيام رمضان نشحت برده وناخد كياس رمضان من المحلات الكبيرة اللي بتوزع ع الغلابه وبرغم كده كانت تقوللي أنا وأخويا نسرق مثلا علب سمنة مرصوصة علي باب المحل كنت بسيبها واروّح واخويا كان بيسرق وهي تبيعهم للمحلات جنب بيتنا أوتغيرهم بأي حاجة

الباحثة: كنتي بتروحي ومابتسمعيش كلامها ليه

الحالة: لأن حرام السرقة وبعدين لو اتمسكنا هنتضرب أنا بعمل حاجات وحشه آه بس عمري ما سرقت

الباحثة: حاجات وحشة زي ايه

الحالة: يعني مثلاانا فتحت عنيه علي ابن خالتي ده وهو مش واخد باله مني بس أنا فضلت وراه لحد ما حبني وعلي فكرة موضوع اني غلطت معاه ده صحيح بس أنا مكنتش عايزة كده ولامبسوطه بكده انا كنت عايزاه يحبني بس لحاجة في نفسي وبس ويحصل اللي يحصل بس أنا معرفش لحد دلوقتي الدكتورة قالت ازاي اني بنت مع اني كنت معاه بقالي سنة، بس اهي ردتلي كرامتي في الحته بعد اللي عمله

الباحثة: وهو كان عمل كده ليه ايه السبب

الحالة: انا كنت كبرت وابتديت احس بصراحة اني مكنتش عارفة قيمة نفسي، وحاولت انهي الموضوع معاه فبقي يمشي ورايا ويضربني ويحبسني

الباحثة: ووالدتك واخواتك وبقية الناس الي ساكنة معاكوا فين من كل ده

الحالة: موجودين أو مش موجودين متفرقش الحاجات دي عندنا بتحصل عادي وبعدين أمي كانت عارفة وبتطنش واخواتي كمان واخته واخوه، ده لما سافر اخته ضربتني لما قولتلها علي اخوها التاني انه اعتدي علي وقالت اني عايزاهم يهجوا واحد ورا التاني والله انا شفت ظلم كتير، وده طبيعي لما الواحد مايبقالوش ضهر

الباحثة: يعني انتي شايفة انك مالكيش ضهر وده سبب للي انتي فيه؟

الحالة: طبعا لما يبقي ابوكي ف السجن وامك بتشوف الغلط وتسكت كأنها بتشجعك عليه واخواتك عايشين معاكي ولا كأنهم شايفينك ولا عمة ولا خاله يبقي ملكيش ضهر.

الباحثة: بس أنا شايفاكي قوية ومش ضعيفة وبتحددي تعملي ايه ومتعمليش ايه؟

الحالة: لالا اناضعيفة ومش عارفه انا عايزة ايه انا مره هربت وقعدت عند ست طيبه كانت عارفاني انا وامي وورحتلها وانا منهاره وبعد ما حكيتلها وقعدت عندها يومين سبتها مع انها قالت انها هتساعدني وهتديني فلوس ومعملش اي حاجة غلط واخليني عايشة معاها وهي ست كبيرة وطيبة بس لقيتني برده مش

مرتاحة وكأن الواحد بيجيب التعب لنفسه انا مليش حل انا مش عارفة انا عاوزه ايه

الباحثة: طيب خطيبك مهتم بيكي وجاي معاكوا وقلقان عليكى مش ممكن يكون فرصة كويسة للاستقرار ولا ايه؟.

الحالة: انا كبرت وهو بيحبني وانا عارفه بس انا حاسة اني استاهل احسن منه انا بخرج معاه لما يجيلي مزاج اخرج بس ممكن وانا معاه بره ابقي مش طايقاه (وضحكت) قائلة تعرفي ان بعد الخطوبة بيوم سافرت اسكندرية من وراهم وقعدت مع صاحبتي وصاحبها وواحد صاحبه وقعدوا يدوروا عليا واتصلت بامي بعدها بيوم وطمنتها عليا وماقلتليش حاجة وطلبت مني اجيبلها حاجة حلوة ودارت عليا وقالت لخطيبي ان صاحبتي ف المستشفي ورجعت البيت عادى بس والله انا ماعرف انا عملت كده ليه اصلا ومكنتش مرتاحه برده مع انهم كانوا يومين حلوين مش عارفة انا عاوزه ايه.

الباحثة: طيب علي الأقل دلوقتي نقدر نقول انك عايزة تتعالجي؟

الحالة: عايزة اتعالج لأني مش طايقة نفسي كدة بس عارفة اني هرجع تاني للي بعمله لأن الظروف اللي حوليه ملهاش علاج ده انا الدكتور قاللي لما اتحجزت المرة اللي فاتت(هنحجزك بس علي الله ماتجيبلناش رجالة هنا كمان) وكنت هضربه وحاشوني عنه وربطوني وكنت جاية وانا بعيط وحاولت انتحر قبلها بيوم (واشارت الي اثر قطع بشرايين يدها) وكنت جايه مش مصدقة ومش عارفة ده حلم ولا حقيقة كأني نايمة وبحلم والله انا كرهت النوم برده.

الباحثة: ليه

الحالة: ممكن انام يومين بس كتير وانا نايمه بحس ان حد بيعريني ورجالة بتتحرش بيه وانا مش قادرة ابعدهم عني والله بيبقي بجد انا بقوم اكسر ف الاوضة وانا مش حاسة بنفسي وبحلم كتير اني في سرير ومتجوزة(ج: خطيبها) وسقف الأوضه كله عيون بتبرقلي لناس اعرفهم ومعرفهمش وشمتانين وبيضحكوا وانا بعيط وبصرخ واقوله غطيني غطيني وممكن اقوم من النوم

واتخانق معاه باقي اليوم بجد، انا محتاجة حد زيك كده يسمعلي ويبقي معايا علطول مأأنا مليش حد يفهمني ولاحد بيحبني لماكرهت نفسي هعيش ليه مفيش مستقبل للي زيي.

الباحثة: طيب خليني اقولك اننا في ايدينا دلوقتي علي الاقل الحاضر اللي بنعيشه وممكن نتفق مع نفسنا علي حاجات كتير ونحاول بجد ننفذها.

الحالة: انا عارفة ان مفيش فايدة كل مرة احاول بجد برجع تاني للي كنت عليه مفيش فايدة فيه

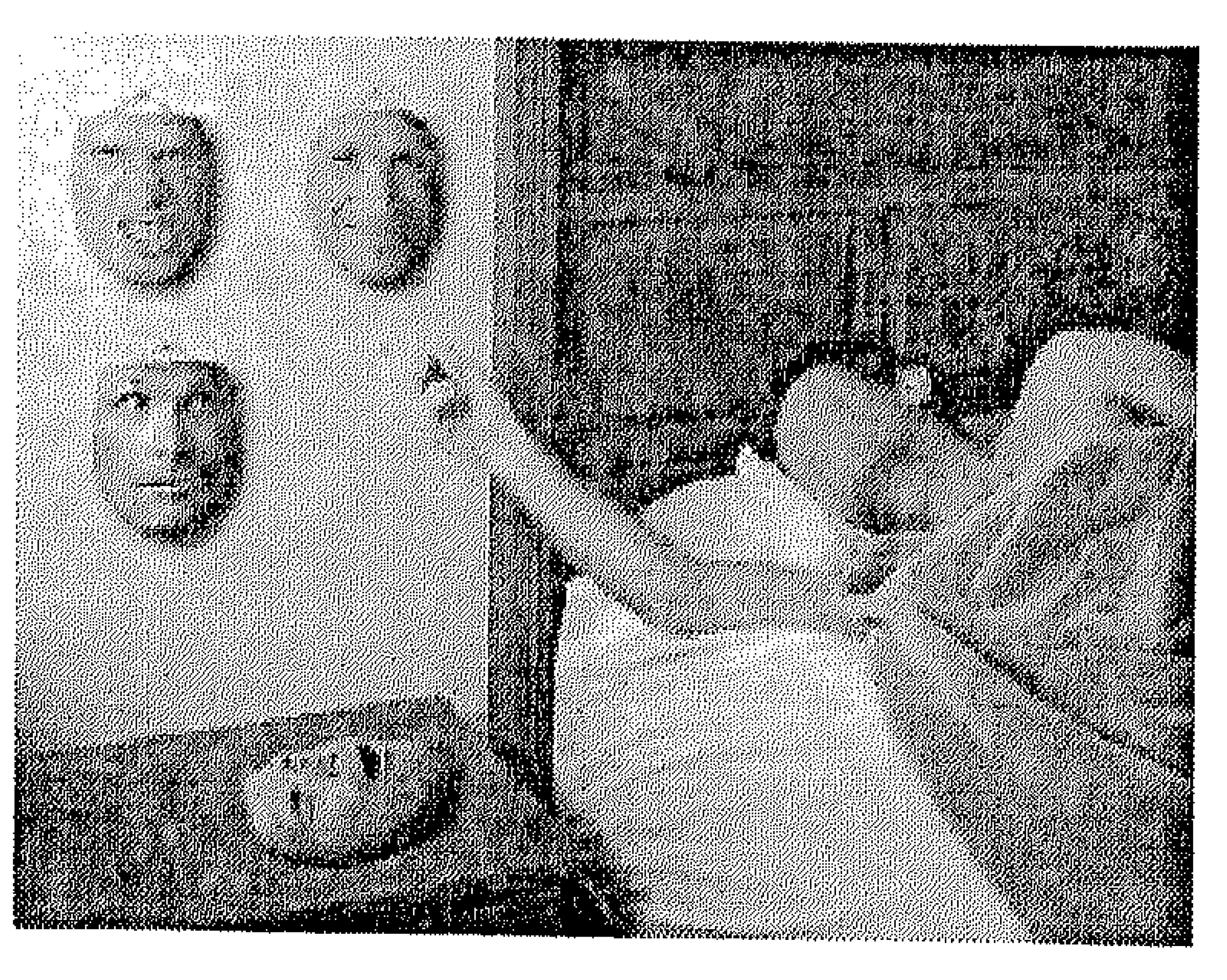
الباحثة: قولي لنفسك ان ممكن نضعف احيانا بس المهم منسبش نفسنا ونفضل نحاول جهزي نفسك لده طالما انك عارفة انه بيحصل

الحالة: بحاول بس مبقدرش استمر الظروف ضدى ودماغي كمان ضدي نفسي نفسها بتحاربني هلاحق علي ايه ولا ايه

الباحثة: في حاجات صعب انها تتصلح بسرعة زي ما بقت موجودة علي مدار وقت طويل برده محتاجة وقت عشان تقدري تغيريها وانتي تقدري.

الحالة: (وهي منتصره) اقدر واقدركمان اتجوز واحد عنده فيلا وعربية ويبقي عندى خدامين واجيب كل اللي نفسي فيه

الحالة الرابعة:



الإسم: س

السن: ١٨

الجنسية: مصرية

الديانة: مسلمة

ترتيب الحالة، وعدد الاخوة: الابنة الوحيدة

الحالة التعليمية: في السنة الاولي بكلية الأداب

مصدر التحويل: الأم

سبب التحويل: العلاج

ظهور المرض وبدايته: منذ عام

التشخيص الأساسي: اضطراب وجداني ثنائي القطب(النوبة الحالية هوس)

الشكوي الحالية:

علي لسان الأم: الحالة تعاني من عدم التركيز والنوم الكثير، والعزوف عن المذاكرة ولاتريد ان تذاكر وهي اما تشاهد التليفزيون او تتحدث في التليفون، وتخرج مع زميلاتها وتبيع ذهبها لتعزم زميلاتها علي غذاء ومشروبات وهدايا لزميلاتها وباعت أيضا بعض مصوغات أمها واضطرت الأم لشراء (ذهب صيني) لترتديه ابنتها اما خطيبها وقد اقترب موعد عودته من الخارج وتخشي ان يكتشف مرضها بالاضافة انها تتكلم بدون تركيز وردودها ليس لها علاقة بما يوجه لها من حديث وهذا ايضا استفز والدها واضطره لضربها مرتين هذا الاسبوع (وهو عاد منذ اسبوع من الخارج) ولم تره سوي اسبوع الصيف الماضي ولا يعرف بمرض ابنته (ولاداعي لذلك لانه بالكثير سيعاود السفر بعد شهر) والام في مجمل الحديث يهمها السيطرة علي الاعراض امام الجميع.

التاريخ المرضي:

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: شخصية حازمة ومتسلطة ويعمل بالخارج منذ عشرون عاما ودائما مايفرض رأيه وعلي الرغم من ذلك، ليس له اي دور في تربية ابنته سوي تأنيب الأم وانتقاد طريقتها في تربية الابنة، وعنيف في تعاملاته حتي مع أقرب الناس اليه(وقد توفي والده بالفصام) ولم يزره ولم يحضر جنازته علي الرغم من تحمله اعباء العلاج، ودائما مايري انه لم يحقق ذاته في زواجه منها.

الأم: مسيطرة علي الرغم من وصفها لشخصية الزوج الا انها استطاعت ان تجعل دور الاب ضعيف في حياة ابنتها، بل وجنبتها الكثير من المواقف والاحداث التي قد تؤثر عليها، وتري في الابنة رفيقة كفاح لها منذ بدء علاجها من الاكتئاب وعمر الحالة عامين.

الاخوة: لايوجد لظروف طبية عند الزوج

التاريخ التطوري للحالة:

كانت ولادتها طبيعية وفطامها طبيعي والتسنين طبيعي وتكلمت ومشيت في سن طبيعي، وتحكمت في البول والبراز في السن الطبيعي الا أن بدأت في التبول اللاارادي عند عمر الخامسة واستمر حتي عمر الثامنة، واستمرت عادة مص الابهام منذ الصغر وحتي الآن، ومنذ الصغر وبعد معاقبتها بالضرب كانت ترتمي في الارض وتستمر في خبط رأسها وتظل كذلك حتي تنام، وبدأت النوبات المزاجية وكانت تمتنع عن الكلام بالساعات وهي في عمر الثامنه، ولاتنجح معها اي محاولات حتي تتحدث أو ترد حتي مع تقديم اي اغراءات وتستمر في النظر لمن يحدثها دون اي تأثر، واستمرت هكذا برغم ان مستواها الدراسي كان جيدا، واحيانا كان الاب يعاقبها بعدم الذهاب الي المدرسة لانها تحبها، فهي احيانا تضحك من كل قلبها لسبب عادي (هي مزاجها تضحك) واحيانا تبكي لساعات لاسباب تافهه، وبدأ التردد علي اطباء الباطنة مدة عام وهي في الثانوية العامة ، ثم الاطباء النفسيين بعد تفاقم الأعراض الاكتئابية.

التاريخ الجنسي:

ظهرت عليها علامات البلوغ(الدورة الشهرية) في سن ١٣ سنة، كانت تستقي معلوماتها الجنسية من صديقاتها بالمدرسة ، وكانت لها علاقات غرامية متعددة علي النت بأكثر من واحد في آن واحد وامها تعلم ولاتجد خطورة في مثل هذه العلاقات وخاصة انها انهت كل علاقاتها برغبتها وكانت سعيدة بذلك واسعدها تعلق الكثير منهم بها وارسالهم ايميلات لها وكانت تضحك هي والابنه (منتصرين) حين تقرأ الايميلات وتري مدي تعلقهم بها.

التاريخ الاجتماعي وتأثير المرض علي الشخصية:

تصف الام الحياة الاجتماعية للاسرة بالفقر الشديد وندرة العلاقــات وان الابنة في طفولتها تلعب مع عرائسها وتحدثهم وتعتني بهم وتنصحهم وتــوجههم وتعنفهم وتضربهم، وفي عموم حياتها تقول انها بلا اصدقاء ولم تــرتبط بـــاي زميلة لها في المدرسة علي الرغم من حبها الذهاب للمدرسة ويمكن القول انهـــا كانت عنيدة جدا، اشتدت حالتها بعد سن الثالثة عشر وصارت عصبية ومكتئبة، الأنها كانت تبدو سعيدة بزيارة اي احد لهم في(الســعودية)، الـــي ان صـــارت تتجنب كل الناس وكانت تكرر كلام ابيها ان الانسان بلا قيمه وانها لاتجد فـــي حياتها احدا يحبها (برغم توفر كل ماتطلبه من الناحية المادية)، وازدادت وحدتها وعصبيتها واصطدامها بالوالد بعد البلوغ برغم تحذيرات والدتها الانها كانـــت تسعد باستفزازه وتستمر ولا تهدأ الابعد ضربها وتثير الخلافات مع صـــديقاتها وتخاصم بلا اسباب وتصالح بلا اسباب وتعلل ذلك احيانا بـــانهم لا يحبونهـــا او يتآمرون عليها(الام: علي فكرة انا كده)، وبعد عودتنا مـــن الســـعودية شـــعرت بالحرية واعطتها الام الشعور بذلك علي الرغم مـــن انهـــا توصـــلها للـــدروس وتنتظرها للعودة معا وحين سمحت لها بالخروج للدروس وحدها احبت ســـائق تاكسي وكانت تعطيه اموال واستطاعت الام ان تنه هذه العلاقـــة واتهمـــت الام وقتها بانها لاتحبها ولا احد يحبها وبدأت الاعراض الذهانية من التشكك في كل من حولها والشعور بالتجسس عليها وان النت مراقب والتليفـــون مراقـــب وان هناك من يتربص بها واتجهت الام للعلاج النفسي وهدأت كثيرا وعلي الرغم من ذلك ونجحت في الثانوية العامة بمجموع ادخلها كلية الاداب لغات شرقية وبعـــد خطبتها ولكن ليست بشكل حاد اثناء وجود الاب عاودت الاعراض في الظهور لمدة اسبوعين فقط وكثيرا ماتتحدث عن شخصية وهمية تحبهـــا ومرتبطـــة بـــه وتكرر انها لاتحب خطيبها ولكن تحب الاخر

الفحص الطبي:

ذكر الطبيب المعالج للحالة بأنها تعاني من اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس مصحوبا، ولديها هلاوس حسية وبصرية وسمعية، واضطراب في التفكير واعتقادات وهمية وضلالات.

مصادر المعلومات السابقة: أقوال الام والحالة.

ثانيا: نتائج اختبار وكسلر

حصلت الحالة علي نسبة ذكاء ١٢٥ وقد قام بتطبيق المقياس احد الاخصائيين النفسيين بالمستشفي وتم تدوينه ضمن بيانات الحالة في الملف الخاص بها.

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس:

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI	الهوس
٤٩	٥٤	٤٢	٥٠	٥٦	٥٤	٤٢	٥٨	٥٨	٦٢	٥٨	١١٨

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس ارتفاعات في كلامن:

الهوس، الاعراض الذهانية وبعض الارتفاعات كانت في القلق والبارانويا التخيلية وتؤكد الأعراض في مجملها الي التشخيص الطبي المشار اليه سابقا عن معاناة الحالة من نوبة الهوس مصحوبة بالاعراض الذهانية الهلاوس الحسية المتمثلة سماع أصوات متداخله تسب وتشتم وتصرخ، وتعكس ارتفاع درجاتها في البارانويا التخيلية والذهانية اضطراب الادراك والتفكير والاعتقادات الخاطئة والضلالات.

رابعا عرض نتائج المقابلة الاكلينيكية:

الحالة تتميز ببشاشة الوجه دائمة الابتسام والضحك ومهتمة بنفسها، وتبدو في حالة سعادة وتفاؤل، وتري كل ماسبق شيئ عادي، وسألتها الباحثة ان كانت تري ان كل شيئ عادي فلماذا اتت الي المستشفي؟

الحالة: لاني بحس بوحدة وضيق وصداع شديد بالذات اول ما اصحي وبشـوف اطفال صغيرة كتير ماليين الاوضة يمكن حلم بس بيصدعوني وبقوم مصـدعة وبسمعهم يبقي حقيقة مش حلم وبحاول ازعقلهم عشان يسكتوا بس مبقدرش ببقي صاحية تعبانه قوي

الباحثة: بيزعقوا يقولوا ايه؟

الحالة: انا بحب الاطفال بس بيشتموا شتايم وحشة عليا وبيقولـوا انـي بعمـل حاجات مش ممكن اعملها زي مايكون عايزني اموت نفسي انا لوبعمـل كـده هموت نفسي بجد

الباحثة: بيقولوا حاجات زي ايه؟

الحالة: حاجات عيب ومتصحش.عايزين بس علاج عشان اركز وانـام واكـل واتكلم كويس عشان بابا لما ييجي

الباحثة: انتي عايزاه ييجي يعني وحشك؟

الحالة: لا انا عايزة ابقي كويسة عشان ماما وعايزة علاج عشان (وهي تضحك) بحس انها مبتحبنيش وبتكرهني وعاوزة تموتني.

الباحثة: ليه الاحساس ده ماما بتقول انكم اصحاب

الحالة: انا عايزة علاج لاني بحس ان الناس كلها بتكرهني ومحـدش بيحبنـي وماما الوحيدة اللي فاهماني وبتحبني عشان كده مستحملاني بس التعـب اللـي عندي هو اللي بيخليني افتكر كده وكمان اصحابي بيحبـوا كنتـاكي وبيحبـوا اعزمهم يعني بيحبوني والنسكافيه بيتعبني المهم عايزه علاج عشان يلحق يجيب نتيجة مش عايزين بابا يعرف حاجة انا ميهمنيش حاجة بس مش عايزة مشـاكل لماما معاه(الام سعيدة بحديث الابنة ومن ناحية اخري تشير الي تطاير الافكـار قائلة اهو كلامها مظبوط بس في وسط الكلام كلام غلط وده المطلوب علاجه)

الباحثة: كمان وخطيبك جاي مش بابا بس

الحالة: (لازالت مبتسمة) انا مش مخطوبة

الأم: (معنفة لها) وبعدين مش قلنا كدة غلط ومتقوليش كدة

الحالة: ماشي مخطوبة بس مابحبوش انا بحب حد تاني وعارفه مش هقوله بس بحب واحد تاني برده

الباحثة: ليه مابتحبيهوش انتي مش موافقة عليه ولا هو مش كويس

الحالة: موافقة وهو كويس بس مابحبوش عادي بحب واحد تاني وبحب الافلام وعايزة دوا عشان المذاكرة

الام: مش مهم المذاكرة المهم باباكي وخطيبك يامصيبه (وهي تضحك) والابنة تضحك

الحالة: محدش فاهم حاجة. هو بيجيب هدايا حلوة؟ الهدايا كلها وحشة

الام: الذهب وحش ده بيجيبلك اغلي حاجة

الحالة: ضاحكة وانا ببيعها محدش بيحب حد ابقي خليه يوديني السجن ووجهت الحديث للباحثة وهي تقف عايزين علاج عشان نمشي ونجيلكم وقت تاني انشاء الله

الحالة: عايزين علاج مفيهوش ولا غلطة علاج ينيمهم ميخليش حد يشوف عليا حاجة

وانتهت المقابلة علي ذلك

الحالة الخامسة:

الإسم: ش

السن: ١٦

الجنسية: مصري

الديانة: مسلم



ترتيب الحالة، عدد الإخوة: الاصغر، يكبره اخ بخمسة اعوام.

الحالة التعليمية: الصف الثاني الثانوي

مصدر التحويل: ابن العم وهوطالب في كلية الطب

سبب التحويل: العلاج

ظهور المرض وبدايته: منذ اشهر

التشخيص الأساسي: اعراض ذهانية ووساوس قهرية ونوبات هلع

الشكوي الحالية:

علي لسان ابن عم الحالة والحالة: (ش) يشكو من رؤية الناس بوجـوه حيوانات اثناء حديثه او جلوسه مع أحد مما يدخله احيانا في نوبات تتراوح بين الخوف والهلع واحيانا نوبات من الضحك المتواصل ولايعي الزمـان والمكـان وخاصة في مناسبات العزاء، واصبح لديه خوف شديد من الخروج وحده ممـا يهدد مستقبله وخاصه انه شخص متفوق وملتزم ومؤهلاان يصبح من الاوائلمن وساوس قهرية متمثلة في سماع متكرر لالفاظ خارجة او اغاني وافكار متسلطة بأن يشتم وتكررت الفاظ علي لسانه دون مناسبة ولايستطيع ان يوقف ذلك، كما يعاني فجأة.

التاريخ المرضي

علي لسان الحالة: لا اجد لدي أي مشكلة علي مدار حياتي حتي مرض امي لااعتبره مشكلة بل اعتبره اختبار لنا كمسلمين وربنا هيجازينا خير علـي صبرنا، وده يمكن خلانا نكون ناجحين في حياتنا ونفعنا وبعدنا عن الناس وعن شرهم والحمد لله، دايما حريص علي النجاح وده بس كان بيسببلي انـي ملـيش اصحاب وانا مقتنع ان نجاحي يلزمه ابعد عن أي صداقات ولااسامح نفسي علي أي وقت اضيعه ولو حتي اتفرج علي ماتش في التلفزيون، وبعد ماوالدي اتوفي بالضبط من يوم ما مات وانا في الجنازة كنت بضحك وبليل في العـزا كنـت بشوف الناس وشها بيلعب ووشوشهم مش ناس لا حيوانات وده ضحكني تـاني في العزا واستغربت لاني كنت مصدق اللي شايفه وانا عارف انه مش حقيقـي

كان في الصيف اللي فات وبعد كدة بقيت لما انام افتكر والدي وناس كتير عايشة تيجي علي بالي كل وش معاه شتيمه ورا بعضه ورا بعضه ومبقدرش امنع نفسي مع اني مش من طبعي اني اشتم او اذكر الفاظ خارجة وبالعكس مقلتش لحد لاني مكسوف من نفسي ومن اللي حصل يوم عزا والدين واستغربني كل الناس واخي واقاربي هدوني براحة جدا، بس انا الحالة دي اصبحت متكرره وزاد عليها الخوف الشديد وبطلت اروح دروس عشان محدش يضحك عليا وقلت لابن عمي لانه في الطب وانا خايف وانا ببص لكي اني اشوف حيوانات لان ده بيحصل فجأة وغصب عني.

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: توفي، وكان يعمل مهندسا ومحب لاسرته ولزوجته المريضة ويشهد له الجميع بالخلق وبرعايته لمنزله، ولاولاده وكان يقوم مقام الاب والام والمدرس ولم يشعر ايا من ابنائه باي عبأ وكان حريصا علي تفوق ابنائه وان العلم والدين اهم اسلحة الانسان في الدنيا، وكان يتمني ان يراني طبيبا وقد حافظ علينا كأننا بنات مش أولاد

الأم: كانت مهندسة، توفي لها ولد قبل ولادتها للحالة بعام صعقا بالكهرباء اثناء وجودها معه، ودخلت في اكتئاب شديد وشعور كبير بالذنب وكانت تتلقي علاج قبل واثناء حملها للحالة وتتعرض لنوبتين علي الاقل كل عام ومنتظمه في العلاج ويغلب علي اضطرابها الثنائي النوبات الاكتئابية وعلاقتها جيدة بالابناء وحريصة جدا عليهم.

الاخوة:

اخ يكبره بخمس سنوات بكلية الهندسة ومتدين ومحب لوالدته ويرعاها ويرعي اخيه ويغلب علي الاسرة جميعها مراعاة الضمير والحب والحرص الشديد علي بعضهم البعض.

التاريخ التطوري للحالة:

سبق الاشارة اليه علي لسان الحالة.

التاريخ الجنسي:

سألت الباحثة الحالة سؤالا عن علاقته بالجنس الاخر فذكر انه ليست له علاقة ولاحتي بزميلاته في الدروس ، سألته الباحثة: هذا مـن ناحيتـك ولكـن لاتوجد أي بنت سعت للكلام معاك فاجاب بانه لايري في نفسه جاذبية ولالباقـة حتي تسعي اليه احداهن، وانه لايهتم اصلا

تأثير المرض علي الشخصية:

سألت الباحثة الحالة عن تأثير المرض علي شخصيته فأجاب بوضـوح: تجنب المواقف الاجتماعية، تجنب الخروج من المنزل الابصحبة احـد، القلـق الشديد والخوف من فقدان الوعي وهوبالخارج وانه كثيرا ماتراوده فكـرة انـه سيصير مجنونا ويبكي بشدة علي اثر ذلك ولا يستطيع طمأنة نفسه، ولـم يعـد يستطيع تذكر ما يذاكره وكثيرا ما يشعر بان عقله فارغ ولا يستطيع الرد عـن أي سؤال ويكون منهك جدا كل صباح ويتمني لو سيصبح مجنونا يحدث له ذلك دون ان يشعر بدلا من هذا العذاب الذي يشعرهز

التاريخ الاجتماعي وأوقات الفراغ:

اجابة الحالة: الحمد لله علاقتنا طيبه ومعندناش أي مشاكل مـع احـد، والنـاس بتحسدنا علي نجاحنا انا واخويا واخويا اتكرم وانا اتكرمت كمـان فـي اوائـل الدقهلية والحمد لله مش احنا اللي ممكن نعمل حاجة غلط احنا بنحاسب نفسنا قبل مايحاسبنا حد ومانسمحش لنفسنا باي غلط حتي لو اللي في سننا بيغلطوا

الباحثة: اسألك عن حاجات مفيده غير المذاكرة بتعملها لما تكون فاضي

الحالة: اه اصل كلمة فراغ دي غلط تخيلت انك بتسألي عن حاجـات تافهـه او حاجات متصحش تتعمل انا بسمع عن اولاد في سني ضايعين في حياتهم ممكن اكتب شعر او اقرا في الدين والامراض النفسية في كتب بالعربي طبعا ووالدي رحمه الله جاب لنا كمبيوتر من وقت نجاح اخي الثانوية العامة.

مصادر المعلومات السابقة: اقوال الحالة وابن عمه.

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس:

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI
٤٤	٥٦	٥٥	٥٢	٥٨	٤٦	٥٦	٥٨	٦٠	٦٢	٥٨

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس ارتفاعات في كلامن:

القلق وقلق الخواف والبارانويا التخيلية والوساوس القهرية، وتؤكد الأعراض في مجملها الي التشخيص الطبي المشار اليه مع وجود السلوك القهري النابع من الافكار المتسلطة التي لا يمكن مقاومتها مصحوبة بالاعراض الذهانية الهلاوس البصرية والحالة مستبصر جدا بحالته عدا اثناء نوبات الهلع ولم تحدث سوي مرتين.

الحالة السادسة:

الإسم:محمد

السن: ١٤

الجنسية: مصري

الديانة: مسلم

ترتيب الحالة وعدد الاخوة: الاكبر، لشقيقين ذكور

الحالة التعليمية: الصف الأول الاعدادي

مصدر التحويل: ضمن عينة دراسة الباحثة

ظهور المرض وبدايته: منذ عامين

التشخيص الأساسي: وهن عصبي واكتئاب

الشكوي:

علي لسان الحالة: لم يذكر الحالة أي شكوي في بداية لقائه علي الرغم من ذلك وجدت الباحثة درجاته تشير الي اضطرابات عديدة اكدها الاطباء فيما بعد علي غير عادة بقية عينة الدراسة من ابداء شكواهم المختلفة والعديدة قبل الاجابة عن المقياس وبسؤاله عن ذلك اكد ان تلك الاجابات صحيحة وانه لايحب الشكوي فقط لأن ذلك لن يفيده في شئ وهذا بعد طلب الباحثة من خاله ان يأتي به بعد تصحيح المقياس الخاص به والخال كان يؤكد ان ابن اخته سليم.

التاريخ المرضي

لاتوجد لدى الحالة أي شكوي من أي شئ ويقاوم بهدوء أي تدخل في حياته وطلبت منه الباحثة القدوم مرة اخري للحديث معه بعد اعطاء الخال نقود للمواصلات لانه تحجج بذلك علما بان والدة الحالة الابن محجوزة (نوبة هوس وهياج شديد) وتتردد باستمرار علي المستشفي منذ ست سنوات ويأتي بطبيعة الحال لها.

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: تزوج من الام وعمره٥٠وكان يعمل بواب لعمارة في مدينة المنصورة ترك العمل بعد مرض الزوجة بعامين ولايعمل حاليا ومصدر رزقه اهل الخير واهمهم صاحب العمارة التي كان يعمل بها فهو يعطيه راتبه حتي الان ورزقه واسع بدليل انه فاتح البيت للناس ويحب الحديث والونس وهو شخصية قوية ولايتفاهم مع اسرته غير بالضرب

الأم: كانت طبيعية وعادية وخدومة وتساعد زوجها في تنظيف العمارة والسيارات وبعض المنازل احيانا في نفس العمارة وتقضي طلبات السكان وتحب ان تحضر لابنائها لعب وهدوم واكل كويس من اهل الخير ف العمارة وبدأالخلاف مع الزوج باعتماده الشديد عليها وشعورها بانه يستغلها وتكرر اعتداؤه عليها نتيجة استيلائها علي راتبه او سلف اموال دون علمه من السكان بدعاوي مختلفة وبدأت في بيع كل شيئ لديهم بل وبيع ما يعطيه لها السكان من

مواد غذائية للمحلات واستبدالها بحلوي وعصائر لنفسها وايام تكون هادئة وايام تتنابها حالات مختلفة من كراهية لابناءها ولعن الناس والاب واضطر الـزوج لترك العمل ومغادرة المكان بعد سكبها الجاز ومحاولة إحراق نفسها وأبناءهـا أثناء نومهم

الأخوة: أخوته أصغر منه وأكثرهم تأثرا الأصغر ولذا يلقي ضربا شديدا من الأب لأنه متعلق بأمه جدا وعند طرد الوالد لها يتعلق بهـا ويصـر علـي الذهاب معها

التاريخ التطوري للحالة:

لا يعترف بأي مشكلات تواجهه ولا يفيد معه الأسئلة الشـفهية وكانـت لديه قناعة بأن حديثه عن أمه ربما يلقي بها لمصيرلا يعلمه وقد أقنعته الباحثـه بان الموضوع بعيد عن والدته وان الأمر يخصه هو رغبة في مساعدته إن أراد فابدي شكاوي جسدية متنوعة وسألته الباحثة عن تأخره الدراسي فأجاب بغيابـه عن الامتحان لظروف مرضية تنحصر في عدم قدرته علي مغـادرة الفـراش والوقوف علي قدميه وان هذه الحالة انتابته بعد محاولة الأم إشعال النـار فـيهم أثناء النوم وكثيرا ما تنتابه هذه الحالة منذ هذا اليوم كما أنـه يشـعر بالتعـب والإنهاك ولم يستطع الاستمرار في أي عمل مثل محل عصير او مصنع لتعبئـة الخل وضربه أبيه في كل مرة يعلم فيها بتركه للعمل مشيرا الي انـه سيكسـر قدميه طالما أنها لا تحمله (الحالة يتحدث ولا ينظر لأحد ودائم النظر لـلأرض واضعا إبهامه في فمه) يشعرانه اقل من أقرانه ولذا فهو محدود الصداقات وانه اقل بالفعل فهو حتي لا يستطيع لعب الكره لضعفه وبرغم من تعـدي بعضـهم عليه بالألفاظ أو بالضرب إلا انه لا يبدي أي دفاع عن نفسه لأنه خاسـر وهـو يعلم ذلك، ينام وعينيه مفتوحتين حتي مع عدم وجود أمه بـالمنزل ويـري أن الحياة لا قيمة لها ولا يري حكمه في وجودة أو مستقبل لأحد في ظروفه وانـه عزف عن التفكير بعدما علم أن حياته ستمضي من سيئ إلي أسـوأ وهـو لـن ينتحر لأن الانتحار حرام ولكنه ينتظر الرحمة من الله

التاريخ الجنسي:

سألته الباحثه عن علاقته بالجنس الأخر وأجاب انه يخشي حتي توجيه الحديث لأي بنت لأن الولاد بيضحكوا عليه وبيقولوا عني إني مش راجل وأنا مش ممكن اهزأ نفسي وأحاول حتي اكلم واحدة (في واد كان متضايق مني وقال لواحد إني عاكست أخته وضربني قدام العيال كلها وقاللي انت راجل قوي عشان تعاكس وفضل يضرب لحد ما قلت إني مش راجل)

تأثير المرض علي الشخصية:

الحالة لا يريد أن يكمل تعليمه ويكره الناس وأخوته ولا يوجه أي كراهية لامه علي الرغم انه يري أنها سبب كل ما هم فيه (هو وأخوته) ولا يكره أبيه أيضا ويتهم نفسه بالتقصير وعدم القدرة علي تحمل المسئولية وربما تأتيه القوة والصحة إذا استطاع الهجرة مثل شباب القرية ويري ذلك الحل الوحيد لإصلاح حياته لو لغينا فكرة الموت التي يتمناها عقب رؤيته لأمه وهي تسب الناس والاولاد يضحكون عليها ويتحرشون بها وخاصة أنها في آخر مرة خلعت ملابسها وتبولت في الشارع علي الرمل وقامت لتقذفهم بالرمل وازداد استفزازهم لها وظلت بالشارع حتي أتي خاله واصطحبهم لمنزله ولم يشفق عليهم احد وهو لا يلوم احد أيضا فيما حدث بل عندهم حق.

مصادر المعلومات السابقة: أقوال الخال

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس:

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI
٤٧	٦٢	٤٢	٥٨	٥٥	٥٢	٤٢	٥٥	٥٦	٦٠	٥٨

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس ارتفاعات في كلامن:

الاعراض الجسمية والحساسية التفاعلية والاكتئاب مع ارتفاعات في العداوة والقلق والوساوس القهرية.

الحالة السابعة:

الإسم: ف

السن: ١٨

الجنسية: مصرية

الديانة: مسلمة

ترتيب الحالة وعدد الاخوة:الصغري، لاخ اكبر غير شقيق واخت شقيقة

الحالة التعليمية: الصف الثالث الثانوي

مصدر التحويل: الأخت

سبب التحويل: العلاج

ظهور المرض وبدايته: منذ عامين

التشخيص الأساسي: اضطراب وجداني ثنائي القطب

النوبة الحالية: هوس

الشكوي:

علي لسان الأخت: العميلة سبق لها تلقي العلاج بالمستشفي وهي حاليا لاتكف عن الكلام تظل مستيقظة لايام وتأكل كثيرا، تثور لاتفه الاسباب، تعتدي علي الام وتكسر محتويات المنزل تتغيب عن المنزل طوال النهار وتعود متأخرة للمنزل، وباعت خاتم لامها لتشتري تليفزيون بالقسط وسبق لها فعل ذلك الا ان الاعراض اكثر حدة من العام الماضي.

التاريخ المرضي

سبق ادخالها واحتجازها المستشفي مرتين خلال العامين السابقين مـــره نوبة هوسية وهياج والاخري اكتئابية وهياج وتستمر علي العلاج ويوقف عنـــد التحسن وقد حذرهم الاطباء اكثر من مرة بتخفيف الجرعة حســب مـــا يحـــدده الطبيب وعدم الايقاف المفاجئ

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: متوفي اثر حادث سيارة بعد اقامته بالمستشفي اربعة اشهر، وكان محبا للحالة وكان طيبا غير انه كان يلجأ للعنف احيانا نتيجة سوء تصرفات الام واستفزازها وكثرة اشاعة المشاكل والفوضي داخل المنزل ومع الجيران وعلـــي الرغم من ذلك كان حريصا علي ابنائه عدا الابن غير الشقيق

الأم: مريضة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب منذ عشـــرون عامـــا وقبل ولادة الحالة غير منتظمة في العلاج وتلجأ للدجالين لقناعتها ان اهل والدة ابن زوجها يكيدون لها وخربوا حياتها بالاعمال وهي متأرجحة المزاج تميل الي افتعال المشاكل نظرا لادراكها الخاطئ وسوء تأويلها للامور وادعائها علي ابن زوجها انه ينظر عليها ويسلط اصدقائه لمعاكستها الا ان طرده ابوه من المنزل.

الاخوة: الاخ غير الشقيق مطرود قبل وفاة الاب وعلاقته بهم متذبذبـــة، والاخت الشقيقة متزوجة وتأتي لها الام والحالة ولابد ان يفتعلوا أي مشكلة قبـــل ان يعودوا لمنزلهم ويمكن ان يختلفوا لاي سبب تافه ويتركوا منزل الابنه حتـــي لو فجرا دون أي اعتبار للوقت او لزوجها او الناس.

التاريخ التطوري للحالة:

كانت ولادتها طبيعية وفطامها مبكر والتسنين طبيعي وتكلمت ومشـــت في سن مبكر، وتحكمت في البول والبراز في السن الثالثة من العمـــر وكانـــت مدللة من ابوها ومن الاخوة وتضربها الام وتحبسها وهي عنيدة وعدوانية منـــذ كانت في المدرسة الابتدائية وسليطة اللسان، ويمكن ان تدعي علي المدرســـات او زميلاتها، وعدا ذلك لم تظهر أي أعراض مرضية في الطفولة، وبعد البلـــوغ بدأت النوبات المزاجية والاعتراض والتبرم من كل شيئ ومعايرة الام والاب ثم

تندم وتبكي وتعتذر الا انهاكان يسعدها ويسيطر عليها وجود اموال معها بـــرغم عدم صرفها في شيئ مفيد ثم ادعاء استغلال صديقاتها لها وكان لها صـــداقات غير مستمره برغم اخلاصها الشديد لاصدقائها في الاوقات الطبيعيـــة وتصـــفها الاخت ان برغم شخصيتها الاانها منقادة لصديقاتها وعلاقتها بالجميع متذبذبة.

التاريخ الجنسي:

ظهرت عليها علامات البلوغ في سن ١٣ سنة، وان كانت تتميز ببنيـــان قوي عن اقرانها وتفضل اللعب العنيف مع الاولاد وتدافع عن البنات وتضـــرب الاولاد ولا يعجبها احد(مسترجلة)

تأثير المرض علي الشخصية:

اشتدت حالتها بعد دخول الاب المستشفي اثر حادث مفـــاجئ وصـــارت تلعن كل شئ بما في ذلك الام والاخت والاخ والاقارب وتشتم من يأتي للزيـــارة وتسب وتلعن الحياة وبرغم ذلك كانت تخرج مع صـــديقاتها وتصـــرف ببـــذخ ووتحول حين زيارتها للاب وبعد طمأنة الاطباء توفي الاب في المستشفي فجأة وبدأت الاعراض تزداد حدتها بمرور الوقت ولا تستطيع التركيز في أي حديث بشكل واضح يثير دهشة الاخرين ولدرجة محرجة للاخت، ولاتخجل من قـــول الفاظ خارجة اونكات خارجة والتعرف سريعا علي أي احد.

التاريخ الاجتماعي وأوقات الفراغ:

قبل ظهور الأعراض بشكل حاد كانت عصبية متقلبة المزاج، ومرحة بشـــكل واضح مع الجميع وتخرج مع صديقاتها، تشفق علي اسرتها اوقات وتختلف مع الجميع وتترك المنزل لتقيم لدي اسرة احدي صديقاتها ايام وتضيق بهم وتعـــود تشكو سوء معاملتهم تراودها افكار وانشطة كثيرة وتحب الرحلات ولامانع مـــن المغامرات وتحب قراءة قصص الاطفال والالغاز.

الفحص الطبي:

ذكر الطبيب المعالج للحالة بأنها تعاني من اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس واضطراب في التفكير واعتقادات وهمية وضلالات مصحوبا بهياج .

ملخص تاريخ الحالة:

الحالة(ف) تبلغ (١٨) عام في الثانوية العامة، ترتيبها الصغري لاخ غير شقيق واخت شقيقة، وامها ذهانية، طفولتها تسودها مشكلات سلوكية، تقلبات مزاجية تفاقمت حالتها بعد وفاة الاب.

مصادر المعلومات السابقة: الاخت.

ثانيا: نتائج اختبار وكسلر

حصلت الحالة علي نسبة ذكاء ١١٠ وقد قام بتطبيق المقياس احد الاخصائيين النفسيين بالمستشفي وتم تدوينه ضمن بيانات الحالة في الملف الخاص بها.

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس:

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI	الهوس
٤٧	٥٢	٤٠	٤٠	٥٥	٦٠	٤٢	٦٠	٥٥	٦٠	٥٤	١٢٥

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقدير حالة الهوس ارتفاعات في كلامن:

الهوس، العداوة الاعراض الذهانية والبارانويا التخيلية القلق ، وبعض الارتفاعات كانت في الوسواس القهري وتؤكد الأعراض في مجملها الي التشخيص الطبي المشار اليه سابقا عن معاناة الحالة من نوبة الهوس مع الهياج وتعكس ارتفاع درجاتها في البارانويا التخيلية والذهانية اضطراب الادراك والتفكير والاعتقادات الخاطئة والضلالات.

رابعا عرض نتائج المقابلة الاكلينيكية:

في المقابلة الاولي كانت الحالة متبرمه غير راضية ولم تـذكر الاخـت جميـع ماسبق امامها خشية غضبها واثارتها وكان بداية الحديث بتوجيه الشكرلها علـي ملأها للمقياس والاعتذار لطولة وسعدت الحالة بذلك موضحة انها تحب الاسئلة والفوازير وما شابه واستأذنتها الباحثة في الحـديث لـبعض الوقـت ووافقـت لتستوضح عن اهمية المقياس

الباحثة: به اسئلة محدده يمكن من خلالها التعرف علي شعور الحاله لان الانسان افضل شخص في اعطاء صورة عن نفسه(وهو كلام مقصود للحالة)

الحالة: فعلا اسئلة محترمة انظف من (العك) اللي ممكن يقوله عنك حد قريـب من الواحد وتصدقوه.

الباحثة: للسبب ده حبيت اتكلم معاكي واعرفك بنفسك

الحالة: ش قالتلك ايه؟ انا عارفة ممكن تكون قالت ايه بس لما يبقي الواحد اصلا عايش مع ناس عاقلة ومحترمة يبقي محترم وعاقل زيهم والعاقل بتاعنا مات بابا اكيد قالولك والله انا انفع اشتغل مذيعة واخد الاوسكار كمان وعندي قدرة غيـر عادية اقدر اقنع أي حد بأي حاجة تتخيليها اقدر اقنعك باي حاجة كـل حاجـة عندي لها رد وطريقة لوخرجتي معايا للشارع اقدر اقنع أي حد راكب عربيـة يبيعهالك ويسيبلك مفتاحها ويمشي بس جربي.

الباحثة: انتي عايشه مع مين

الحالة: ولا أي حد عايشة مع نفسي بابا مات

الباحثة: وماما واختك واخوكي

الحالة: دول ناس مش محترمة اتحدي لو كنتي شفتي او سمعتي عن حد زيهـم واحد ابوه طرده وميت غضبان عليه لانه فاسد وابن حرام اصلا كان بيقوله كده والله وهوعارف والتانية برده كان بيعمل نفسه نايم لما تروحله المستشفي عشان ميشوفش وشها ولاهي ولاجوزها كان حبيبي بيستناني اروحلـه عشـان الكلـه واوضيه الله يرحمك يابابا معرفتش قيمته وانه صح في كل حاجة الابعد لما مات

ربنا ينتقم منهم كانوا بيكرهوني فيه ويفتروا عليه وكنت ازعقلة واتخانق معـــاه علشانهم صعبان عليا اني كنت بعمل كدة وبيستحملني وماذانيش عمره

الباحثة: انتي ندمانه علي ان علاقتك بوالدك كانت مش كويسه

الحالة: لالا انا اكتر واحدة كان يحبها ويعطف عليها ويجيبلي اللي احبه وانـــا مغفلة مكنتش واخده بالي من غلهم وضيقهم من ده مش مكفيهم اللي بيعملـــوه لا كانوا بيقلبوني عليه برده كره فيا عشان اللي بيعمله معايا مع اني بساعد اختـــي باي قرش معايا عشان ظروفها وبعطف علي اخويا لما بابا كـــان يضـــربه ولا يطرده وامي كمان بقول غلبانه واجيبلها اللي نفسها فيه

الباحثة: وعلاقتك بيهم ازاي دلوقتي

الحالة: علاقة ايه البني ادم اصول يتعلم يعمل الخير في مين ودول مـــش اهـــل خير كان تمر فيهم اللي بابا عمله عمره ماانتشكر منهم لا زعيق وشتيمه وقلـــة ادب الراجل ده كان محترم بره البيت وبس مع انه محترم اصلا لكن جوا البيت عايش مع ناس زباله عايزاه يكون ازاي

الباحثة: يعني كان بيتعامل وحش في البيت قصدك

الحالة: ده كان بيطردنا بره البيت ويجري ورانا بالشاكوش ويفرج علينا الجيران وفتح دماغ اخويا مره اصل قل ادبه مع ماما اللي ربته امه ماتت بعد ماولدتـــه واد نحس من يومه والله حنين وبيديني فلوس وساعات يتصل انزل اقابله يديني فلوس ليا وانا مصرفهاش علي نفسي عارف ان ابوه كان بخيل

الباحثة: يعني كنتي بتحتاجي حاجات ومتقدريش تجيبيها لنفسك مثلا

الحالة: لا لا عمري مابصيت لحاجة في ايد حد طول عمرنا عيننا مليانه مامـــا من صغري تجيبلي حاجات حلوة عشان ما ابصش للي في ايد حد هوالمفروض مش فاهمة كان يعمل ايه يعني عشان يرضيها في طلباتهـــا اللـــي مابتخلصـــش ورطتنا في مليون الف حاجة هي وبنتها لحد ماهيخلونا نشـــحت وامثـــالهم لازم يشحتوا ولما اجوز مش هعرف الناس دي تاني اصلا الواحد ينضف ويتعامل مع ناس نضيفه بدل ما الواحد مكروه من كل الناس وماشي يتغمزوا علينا والله انـــا

انضف منهم خللي بالك احنا معروفين في الحته بابا راجل محتـرم جـدا ولـه احترامه عند الناس كلها هي حته مش مستوانا انا بتكسف اقول لحد اني ساكنه فيها.

الباحثة: عندك اصحاب هناك

الحالة: الكلام دة لو انا لوحدي مع بابا كان زمان لنا اصحاب وعيشه نضيفة زي الناس بس ده الواحد بيمشي ميبصش لحد ماالحنا مفضوحين محدش صوته في الحته غيرنا الواحد لما يبقي ف ايده قرش يعيش مرتاح بعد كده ابوكي يتعالج في مستشفي كويسه وتلبسي كويس يتقدملك واحد كويس والدنيا كلها تعرف قيمتك الصح

الباحثة: انتي دلوقتي سعيدة ولا حزينة.

الحالة: انا في دماغي مشاريع كتيير وباخد كورسات لغة وكمبيوتر واشتغل في السياحة.. بتكسب كتيير

الباحثة: ابتديتي كورسات ايه

الحالة: انا كل يوم الصبح بنزل اسأل اللغة ممارسة اصلا انتي مشفتيش العيال اللي ف الهرم ف لبلب ولا اتعلموا ولابيعرفوا يكتبوا ولا يقروا..ممارسة وهي فين فلوس الكورسات والمصاريف واللبس الحاجات دي بتفرق في الشغل طبعا المظهر مهم تلاقي واحده شكلها وحش وراكبة عربية نضيفة ومتعرفيش الواد اللي جنبها بصلها علي ايه اللبس طبعا

الباحثة: انتي مظهرك كويس وشايفاكي مهتمه بنفسك

الحاله: انا مفيش مكان بدخله الا اما تلاقي كل اللي فيه اتلفتلي وبشوف البنات متضايقين مني طبعا انا مره مسكت في واحد وكنت هضربها والشباب ادخل طبعا حست انها ولا حاجة واللي معاها طنشها وبدأيبصلي وشتمتها وعرفتها مقامها وطبعا الولد خدها ومشي وانا انتظرت انه يرجع مرجعش انا مرحتش تاني اكيد راح بعد كده وضربت الواد بتاع الميكروباص وانا جايه

الباحثة: ليه

الحالة: مش متربي الفئة دي مستواها وحش قوي كارهين نفسهم وبيحقدوا علي الناس جدا وانا نازلة قاللي ياللا ياحاجة.

الباحثة: كلمة حجّه كويسه فيها ايه ياريت نحج كلنا

الحالة: لا بيتريق عليا انتي اصلك مشفتيش قالها ازاي و(_) اختي تقوله معلش اصلها تعبانه ماهي كمان مش متربية ماهوده اللي مبوظ شكلنا قدام الناس حقد وغل والناس كلها وحشة، سيبك ده كلام فاضي خلينا في المهم اتصلي بالجامعة واسالي عن الكورسات والمواعيد وهعدي عليكي اشوف عملتي ايه انا بعدي من هنا كتيير مع اصحابي ووعدتها بالاتصال والرد عليها وانتهت المقابلة علي ذلك.

الحالة الثامنه:

الإسم: ع

السن: ١٧

الجنسية: مصرية

الديانة: مسلمة

ترتيب الحالة، وعدد الإخوة: الكبري، أخ واحد .

الحالة التعليمية: الصف الثالث الاعدادي

مصدر التحويل: الجد

سبب التحويل: العلاج

ظهور المرض وبدايته: منذ عامين

التشخيص الأساسي: اضطراب وجداني ثنائي القطب

التشخيص الفرعي: وسواس قهري وأعراض ذهانية

الشكوي:

علي لسان الجد: الحالة تعالج من الاضطراب الوجداني ثنـائي القطـب وفي نفس هذا الموعد من كل عام تسوء حالتها علي الرغم من متابعتها للعـلاج بالمستشفي، الشكوي الحالية: بكاء دون سبب وقلق وخوف وشك شـديد فـيمن حولها _ عدم الرغبة في النوم والتحدث باستمرار _ رفض الطعام لمدة يـومين وسكبه اعتقادا منها انه مسموم

التاريخ المرضي

تتلقي العلاج والمتابعة في المستشـفي منـذ عـامين السـابقين بـدأ الاضطراب لديها بنوبة اكتئابية ونوبـات الهلـع وتحسـنت الحالـة وظهـرت الأعراض الوسواسية وتتراوح بين نوبات اكتئابية ونوبات هوسية أوقات تغييـر الفصول مع ظهور الاعراض الذهانية وكان الاتجاه أكثر نحـو التوجـه الـي المستشفي أثناء النوبة الهوسية.

التاريخ العائلي للأسرة:

الأب: توفي علي أثر مرض لاتعرف اسرة الزوجة حقيقته حتـي الان ومنعت من زيارته حتي مات في غضون اقل من شهر، وعمـر الحالـة سـت أعوام والأخ الاصغر أربعة أعوام، وكان شخص طيب ولكن ضعيف الشخصية أمام أهله، الذين قاموا بطرده من منزل العائلة لاجباره علي تطليقها، بعد مرض زوجته بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب بعد ولادتها للطفل الثاني بعام واحد.

الأم: مريضة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب منذ(١٢) سـنة بعـد تعرضها لمضايقات شديدة من أهل الزوج برغم طيبتها واحتمالها الشديد لوالـدة الزوج واخوته واهانتهم وسوء معاملتهم لها وعدم شـكواها أو اثـارة مشـاكل وقيامها بكل اعباء المنزل، وتزايد حدوث النوبات عقب وفاة الزوج، وحرمانهـا من أي مستحقات لها والسعي لانتزاع اولادها منها بدعوي مرضـها، وبـرغم خوفها وحبها الشديد لابنائهم الا أنها حاولت الانتحار أكثر من مرة مما أثر علي ابنتها التي زهدت التعليم وابتعدت عن صديقاتها لاوقات كثيرة.

الاخوة: الأخ الوحيد الأصغر، مرتبط بأمه وتنتابه حالات مـن الحـزن والانطواء والخوف الشديد عقب كل محاولة لانتحار الأم، وفيما عدا ذلك يكـره اسرة ابيه

التاريخ التطوري للحالة:

كانت ولادتها طبيعية وفطامها مبكرا لسوء حالـة الام الصـحية حـين ولادتها والتسنين متأخرا ومشيت في سن عام وتأخرت في الكلام، وتحكمت في البول والبراز قبل تمام العام الرابع تقريبا، الا أنها بدأت في التبـول الـلاارادي عند عمر السادسة بعد وفاة الأب واستمر حتي عمر الثامنة أو التاسـعة، ومنـذ وفاة الأب وتدهور حالة الأم تقوم الجدة والجد برعايتها(ملحوظة: والـد الجـدة كان مضطربا نفسيا ولم يذكر تشخيص له علي لسان الجد سوي انه كان بتـاع ربنا وللجدة أخ مريض نفسيا ايضا ولم يذكر ايضا عنه سوي انه احيانا بيكـون زعلان من الدنيا ومن الناس واحيانا بيكون مبسوط وعلي هذا منذ شـبابه ولـم يتزوج ولم يستمر ايضا في عمل)، وبعد بلوغ الحاله بدأت النوبات المزاجية في الظهور لمدة عام بشكل خفيف ولفت هذا نظر الجد والجدة غير انهم لم يلجـأوا لأي طبيب أو علاج.

تأثير المرض علي الشخصية:

بعد البلوغ لوحظ عليها تقلبات المزاج، وبدا التغير واضحا بعد نوبة هلع مفاجئة أثناء عودتها من المدرسة وخوف شديد لم يعرف مصدره أعقبها الخوف والتشكك وشم الطعام ثم حددت خيال الظل كمصدر لخوفهـا الشـديد وتجنبـت الخروج ولوحظت بعض الاعراض المزاجية الخاصة بالنوبة الهوسية: الحركـة المستمرة والقلق _ الكلام الكثير _ عدم الحاجة الي النوم لأيام ثم هبوط الحالـة المزاجية بعد أيام وانقطعت عن الذهاب للمدرسة، وبتكـرار نفـس الأعـراض وازدياد حدتها اهتم الجد بعرضها علي الأطباء ممن يتابعون حالة الأم خوفا من نفس المصير.

التاريخ الاجتماعي وأوقات الفراغ:

بحكم الظروف المشار اليها كانت الحالة ذات صداقات محدودة في المدرسة وكانت الجدة دائمة التحذير والتنبيه لخوفها عليهم، ويشير الجد الي أن البيوت أسرار والاقتصار عن الناس أفضل وأن ظروف (والدة الحالة الصحية والنفسية) ومسئولية الطفلين لاتدع مجالا سوي اداء الواجبات الاجتماعية الضرورية، والحالة تحب مشاهدة التليفزيون وتساعد الجدة في رعاية شئون المنزل، واراح الجد عدم اكمالها للتعليم لتعثرها فيه، ولامانع من خروجها مع صديقاتها في مصنع للملابس تعمل فيه بعد انقطاعها عن التعليم سعي الجد لعملها فيه حيث يعمل هو حارسا له.

الفحص الطبي:

ذكر الطبيب المعالج للحالة بأنها تعاني من اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية ذهانية مختلطه مصحوبا بوساوس قهرية وهلاوس حسية وبصرية وسمعية، واضطراب في التفكير واعتقادات وهمية وضلالات.

ملخص تاريخ الحالة:

الحالة(ع) تبلغ (١٧) عام لم تنه دراستها الاعدادية وانقطعت عن التعليم، ترتيبها الاول ولها أخ أصغر، عانت والدتها وهي في الخامسة من العمر من الأعراض المرضية نتيجة ظغوط أسرة زوجها وتفاقمت حالتها بعد وفاة والد الحالة، والتي عانت من التبول اللارادي والفزع الليلي بعد وفاة الأب، وتعثرت في دراستها بعد البلوغ وظهرت الاعراض المرضية متراوحة بين المزاج الاكتئابي والنشاط الزائد والخوف الشديد، وبعد تكرار وتفاقم أعراض نوبة هوسية بدأت في التردد علي قسم الامراض النفسية والعصبية بمستشفي المنصورة الجامعي بناء علي خوف جدها من ان تلقي نفس مصير والدتها.

مصادر المعلومات السابقة: اقوال الجد والحالة.

ثانيا: نتائج اختبار وكسلر

حصلت الحالة علي نسبة ذكاء ٩٠ وقد قام بتطبيق المقياس احد الاخصائيين النفسيين بالمستشفي وتم تدوينه ضمن بيانات الحالة في الملف الخاص بها.

ثالثا: نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقيــاس تقــدير حالة الهوس:

اعراض جسمية	وساوس قهرية	حساسية تفاعلية	اكتئاب	قلق	عداوة	قلـــق الخواف	البارانويا التخيلية	الذهانية	GSI	PSDI	الهوس
٤٧	٦٢	٤٢	٥٨	٥٥	٥٢	٦١	٦٠	٦٢	٦٢	٥٨	١١٢

تعكس نتائج الحالة علي قائمة الاعراض المعدلة(SCL-90-R) ومقياس تقــدير حالة الهوس ارتفاعات في كلامن:

قلق الخواف والقلق والاكتئاب والوساوس القهرية والبارانويا التخيلية والاعراض الذهانية بالاضافة لارتفاع درجة الهوس وتشير الأعراض فــي مجملهــا الــي التشخيص الطبي المشار اليه سابقا عن معاناة الحالة من نوبة ذهانية مختلطة مع وجود السلوك القهري

رابعا عرض نتائج المقابلة الاكلينيكية:

في البداية يجدر الاشارة الي خوف الحالة من التحدث أو معارضة كــلام الجــد حين كانت تطلب الباحثة تأكيدات علي ما يقول من الحالة، واســتأذنت الباحثــة الجد في الجلوس علي انفراد مع الحالة فوافق متضررا ومتعللا باستعجالهم علي صرف العلاج والعودة للمنزل لانشغاله وانه لايوجد اكثر مما قاله، وأكد الطبيب المعالج علي أهمية جلوسي مع الحالة وأن ذلك مرتبط بالعلاج الذي سيكتبه مما جعله يوافق علي مضض، واتجهت الباحثة والحالة الي غرفة مجاورة للجلــوس علي انفراد.

بدأ الحديث مع الحالة بطمأنتها وسؤالها ان كانت لاترغب في الحــديث فمن الممكن الغاؤه او تأجيله ان أرادت فأجابت بموافقتها وانها لا تمانع فــي أي شئ يمكن أن يساعدها ويعالجها ويجعلها طبيعية، وسألتها الباحثه عــن مــاتراه غير طبيعي ويحتاج للعلاج.

الحالة: انا كنت طبيعية وعادية خالص بس العيا بتاع أمي ابتدا يظهر عليا وانــا خايفة وعارفة انه خدها مننا واتحرمنا منها مرض وحش خلاها كفرت.

الباحثة: دي حاجة مزعلاكي.

الحالة: لا دي حاجة انا عارفة ربنا والله وحافظة قرآن من صغري، وانا عايزة بس ابطل أشم في الأكل وماخفش م الأكل أنا عشان ما أزعلش جدي (ثم تحدثت لنفسها) كبرنا علي الضرب

الباحثة: هو جدك بيضربك انتي ومين؟

الحالة: بيربينا انا وامي واخويا وفي حاجة في دماغي بتقولي علي ستي انها بتحطلي سم في الأكل، وهي بتقول ان الجيران عملولنا عمل لامي ولنا، وستي عرفت وانا شفت الدم ع السلم، وبسمع صوتهم في البيت وكلهم نايمين وبقفل الباب بالكنبه وبشوف الاكرة بتتحرك عاوزين يفتحوا الباب عليا وجدي يصحي يضربني مايضربهم هما مش سامعهم عاوزين يموتوا امي ويموتوني _ الحوواشي حرق قلبي _ كانوا عاوزين يموتوني البنات وانا خارجة اتفسح معاهم وانا سامعاهم بيتفقوا عليا وشتمتهم، ولوأمي كانت معايا كان يبقي أحسن.

الباحثة: هي مامتك بتخرج معاكي انتي واصحابك؟

الحالة: انا مش مجنونة ولا زي أمي وهي كمان مش مجنونة، ده تعب زى البرد بييجي كل سنة وبيروح بس الوضوء أكثر من ١٠ مرات والله بيتعبني أنا فقدت وضوئي من غير ماحس وخيال الظل بيخوفني منين ممشي الاقيه مهما جريت منه وربنا يسامحنا كلنا خير الخطائين التوابين. الباحثة: في حلم حلمتي بيه وفاكراه؟

الحالة: أهم حاجة بلاش علاج ينيمني كتير انا عايزة اروح شغلي للناس اللي بحبهم ومحدش يضربني ولا يكتفني هاخد العلاج من سكات اناصعبان عليا امي وكلهم صعبانين عليا كلهم تعبانين معانا ربنا يريح الكل اكتبي العلاج وانا هجيلك تاني وهجيب امي معايا غلبانه مشفتش الدنيا حلوة ابدا بس اديني علاج عشان انام واكل وعرفيه اني هبقي كويسه ويطول باله عليا انا مش عيانة شوية تعب وهيروحوا أمي مش مجنونة والله، خلينا بس نروح هناك احسن جدي يمشي ده فات ولا ساعتين وقامت مسرعة متجهه للغرفة الأخري.

ووجد الجد في انتظارنا واقفا ودخل للحصول علي روشـــتة العـــلاج لصـــرفها وطلبت منه الباحثة التحقق من بعض الأمور فتعلل باستعجاله ووعد بقدومه مـــع والدة الحالة في الاسبوع المقبل. يتضح من خلال المعلومات التي قدمها الجد انه كان متحفظا الي حد كبير وحريص علي عدم التعبير الواضـــح وربمـــا اعتـــاد التعرف ووصف الاعراض المرضية فقط دون الخوض فـــي لخلفيتـــه وخبـــرة تجربته مع والدة الحالة ومن الجدير بالذكر ان الباحثة قابلت والدة الحالـــة مـــع الجده والجد وتم سؤال الجد عن ابنائها فذكر انهم طبيعيين ولاتوجد أي شـــكوي بل ينتظر أن يجعل الله فيهم عوضا عن والدتهم وكانوا من نوعية الأهالي التـــي تبالغ في الأعراض المرضية املا في صرف علاج كامل ثم لجوئهم بعد صرف العلاج والشكوي من عدم قدرة الحالة علي مغادرة الفراش.

تحليل عام علي المقابلات الاكلينيكية:

علي الرغم من كون كل حالة من حالات الدراسة الاكلينيكية هـــي حالـــة فريدة من نوعها الا ان عينة الدراسة تجمعهم العديد من الظروف والعوامل التي أسهمت في اضطرابهم، ويمكن استخلاصها في دلالات عامة، وسوف تعـــرض الباحثة المجمل الدينامي لحالات الدراسة الذي يحوي ردا علي جميع تســاؤلات الدراسة:

١- الميل الذاتي والاستعداد الكامن للادراك المشوه للخبـــرات البيئيـــة يشـــير بوضوح الي تأثير العامل الوراثي ومن ثم لانستطيع أن ننكر دور الوراثة فـــي الصياغة الأولية لحالات الدراسة، دون الاعتماد عليها وحدها في تفسير الحالة المرضية.

٢- لعبت البيئة دورا سلبيا حال بين النمو العقلي والانفعالي والاجتماعي السوي لحالات الدراسة ويتضح ذلك في:

أ- الحرمان العاطفي وفقدان الموضوع(الأم) نتيجة غياب دورها في بعض الحالات وما سبق وصاحب ذلك من أحداث نتج عنها الحرمان.

ب- التعرض للأعراض الذهانية لاضطراب الأم في سن مبكر يسهل التوحد معها وتبدو نفس الأعراض بوضوح لدي معظم حالات الدراسة.

ت- قصور الجانب التوجيهي والدعم النفسي وعدم الاستقرار الانفعالي داخل عائلات حالات الدراسة الأمر الذي حال دون الارتقاء السوي.

ث- التعرض لأحداث حياتية مجهدة وظروف بيئية قاسية كان له الشأن الأكبر في تأثير الحدث السابق للاضطراب الذي يمثل القشة التي قسمت ظهر البعير.

ج- عدم تفهم الأسر لخطورة العديد من الأعراض المرضية التي سبقت الاضطراب حال دون اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة لمنع تفاقمها ممايشير لاهمية الوقاية.

٣- الفروق الفردية تلعب دورا هاما في نمو الحالة المرضية برغم توافر العامل الوراثي والظروف الضاغطة معا، ويتضح ذلك في اضطراب حالات الدراسة دون أشقائهم ممن يحملون نفس الاستعداد الوراثي ومروا بنفس الظروف.

٤- تشير الديناميات النفسية والآليات الدفاعية لحالات الدراسة الي فشل التكيف وانهيار التفاعل الوظيفي السوي كنتاج واضح للاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية وقدرة الفرد علي احداث التوافق الداخلي الذي يمكنه من التكيف السوي.

٥- لعب الادراك الشخصي للخبرات المعاشة دورا كبيرا في تفعيل الاستعداد الكامن للاضطراب وهذا النشاط له نتاج فسيولوجى حيث تزيد دائرة الترابط مما يغير الادراك نوعيا بما يشمل إدراك الذات والعالم الخارجى مما يضيئ لنا الطريق العلاجي بدء" بالانتباه بعالم الخبرة والبيئة السيكولوجية للحالة أكثر من الانتباه لعالم الواقع.

٦- ان هذا التركيب يختلف عن الفصام حيث تتباعد نسبيا القوى وتختلف شحنتها، وعن الوسواس حيث تختفى القوى الفطرية ليحل محلها ازدواج عرضى كاذب بديلا عن المعركة البيولوجية الأعمق، وعن إفراغ المواجهة من نبضها الحى المتكافئ فى الأنواع المزمنة - المشوهة، وعن التعقيل والتلوث فى

اضطرابات الشخصية، وأخيرا عن الانكار للقوى الضابطة فى الهـوس، وعـن الاسقاط فى حالات البارانويا وتكوين الضلالات عموما.

٧- باستعمال مختلف الحيل العقلية بنسب جديدة مختلفة وأهمها الإنكار والإسقاط فى هذا المقام، وإلى درجة أقل العقلنة والتبرير، وبقدر نجاح هذه الحيل بعضها أو كلها بدرجات متفاوتة تتشكل الصورة الكلينيكية فى كل مرحلة حسب ظروف كل مريض وسرعة مساره التدهورى.

٨- ومن نتاج هذه المرحلة: تكوين الضلالات والهلاوس بشكل متفرق، والإستغراق فى الخيال فى عالم منفرد، واستعمال الأشخاص من واقع إسقاطى خاص.

٩- أن العامل الهام فى الشخصية قبل المرض ليس نوعها الخاص بل نوع علاقاتها وفائدة مايصلها من "رسائل" وماتجيب به وبديهى أن العوامل التى ترجح أى العاملين أقوى تتعلق بظروف مجتمع التنشئة ككل، وظروف احتياجات الأم بوجه خاص وإذا لم يتغذ الفرد غذاءآ بيولوجيا مناسبا وكافيا (ذا معنى) ضعف جهازه الأحدث مهما بدا متماسكا ظاهريا، مما يجعل الجهاز البدائى أقوي- ولو نسبيا- وبالتالى أكثر تحفزا للعمل الي ان تحدث صدمة او عوامل بيئية شديدة ومفاجئة 'بداية البداية' الواضحة، وهذه البداية تعلن تحول التراكم الكمى إلى تغير نوعى .

١٠- ظهور الميكانزمات بنوعية مختلفة وتناسب مختلف باستعمال مختلف الحيل العقلية بنسب جديدة مختلفة وأهمها الإنكار والإسقاط، وإلى درجة أقل العقلنة والتبرير، وبقدر نجاح هذه الحيل بعضها أو كلها بدرجات متفاوتة تتشكل الصورة الكلينيكية فى كل مرحلة حسب ظروف كل مريض وسرعة مساره التدهورى، ومن نتاج هذه المرحلة: تكوين الضلالات والهلاوس بشكل متفرق، والإستغراق فى الخيال فى عالم منفرد، واستعمال الأشخاص من واقع إسقاطى خاص.

وتتميز هذه المحاولة بوجود مناطق سلوك تعمل فيها الميكانزمات بقدر متزايد يصل إلى أضعاف ماكان الحال فى ماقبل المرض، فى حين أن مناطق أخرى

من السلوك تكون هشة ومعرضة لأى خبرة مباشرة، ويظهرنتاجا لذلك الصورة الكلينيكية المتجانسة عدا الفصام الذى يميزه عدم التجانس.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة الحالية، يمكن تقديم بعض التوصيات التي تتضمن المستويات التالية:

١- المستوى الإنمائي

من أجل تعزيز المستوى المرتفع للتوافق النفسي والاجتماعي، وكنوع من التطوير الضمني في الخدمات النفسية المقدمة للمراهقين توصي الدراسة بالآتي:

- زيادة الاهتمام بالمراهقين من أبناء المرضى العقليين، وتقديم كافة أنواع الدعم الممكن، للتخفيف مما قد يتعرضوا له من ضغوط, يمكن أن تؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي،
- توفير عيادات نفسية شاملة بالمستشفيات الحكومية، لتوفير الإرشاد والعلاج الأسرى لعائلات المرضى العقليين لتوعيتهم بالأعراض والمشكلات النفسية المهيئة للاضطراب العقلي.

٢- المستوى الوقائي

وللوقاية من المشكلات النفسية لدى المراهقين أبناء المرضى العقليين توصي بالآتي:

- الاهتمام بالمحاضرات والندوات التي تتناول الاضطرابات النفسية والانفعالية في المراحل العمرية المختلفة، وكذلك الاهتمام ببرامج التوعية الوقائية، المستمدة من الثقافة التي يتمتع بها المجتمع المصري.
- زيادة التوعية بالأمراض العقلية بوجه عام، والاضطراب الثنائي بوجه خاص والتحذير من زواج الأقارب في حال التاريخ الوراثي للاضطراب العقلي، وخاصة في المجتمع الريفي التي تشيع فيه بعض الأفكار الغير عقلانية كسبب رئيسي للاضطراب العقلي الأمر الذي يؤخر الاتجاه للعلاج النفسي .

- إعداد برامج تعليمية متطورة وموجهه لدعم التوافق النفسي والاجتماعي للمراهقين بوجه عام، لمساعدتهم وتدريبهم على خطوات ومهارات ضبط النفس والتحكم في الانفعالات، وتساعدهم على مقاومة الإحباط الذي قد يصادفهم.
- الاستفادة من وسائل الإعلام في زيادة وعي المجتمع بالمشكلات والاضطرابات التي يمكن أن تؤثر على صحة الأفراد النفسية والعقلية.

٣- المستوى العلاجي

- تكاتف الجهود لتوفير الرعاية الصحية والنفسية معا واتخاذ الإجراءات الوقائية والإرشادية العاجلة تجاه اسر المرضى العقليين كجزء أساسي من الخدمات العلاجية المقدمة، والتي تقتصر على تقديم العلاج الدوائي وقليل من التوجيه والإرشاد النفسي.
- إعداد سجلات شاملة للمرضى العقليين وأسرهم ومتابعتهم لمحاولة الحد من ظهور الاضطراب.
- تحسين وتوسيع مستوى الخدمات المقدمة للمرضى العقليين في المستشفيات الحكومية .

□□ □□ □□

المراجع

أولا المراجع العربية:

١. إبراهيم عيد (٢٠٠٣): في علم نفس النمو,القاهرة ,
٢. إبراهيم قشقوش (١٩٨٩): سيكولوجية المراهقة ,ط ٢, القاهرة ,دار الفكر العربي.
٣. احمد سعيد فوزي (٢٠٠٨): أهم المشكلات النفسية والاجتماعية الناجمة عن إدمان المراهقين للانترنت,رسالة ماجستير غير منشورة ,معهد الدراسات العليا للطفولة ,جامعة عين شمس.
٤. أحمد شفيق السكري (٢٠٠١): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية, الإسكندرية ,دار المعرفة الجامعية.
٥. أحمد عبد الخالق وهبة إبراهيم (٢٠٠٣):القلق والاتجاه نحو الموت لدى المراهقين والراشدين والمسنين, المؤتمر الدولي الثاني للعلوم الاجتماعية والصحية ودورها في تنمية المجتمع ,كلية العلوم الاجتماعية ,جامعة الكويت.
٦. أحمد عكاشة (٢٠٠٧): الطب النفسي المعاصر, نسخة مزيدة منقحة,القاهرة,مكتبة الأنجلو المصرية.
٧. أحمد عكاشة، طارق عكاشة (٢٠١٠): الطب النفسي المعاصر, القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
٨. أديب ألخالدي (٢٠٠٢): المرجع في الصحة النفسية ,ط٣, غريان ,ليبيا , الدار العربية للنشر والتوزيع والإعلان .
٩. اسعد الأمارة (٢٠٠٥): ابني المراهق في أزمة كيف أتعامل معه ؟ الحوار المتمدن ,العدد ١٢٣٢- ١٨-٦-٢٠٠٥ .
١٠. أسعد الأمارة (٢٠٠٨): نفس تصرخ وجسد يئن,الحوار المتمدن, العدد٢٢٦٣

١١. آسيا على راجح (٢٠٠٠): العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف , رسالة ماجستير غير منشورة ,جامعة أم القرى ,المملكة العربية السعودية.

١٢. ألان سوينجوود ترجمة عبدالعاطى السيد(١٩٩٦):تاريخ النظرية في علم الاجتماع. لبنان , بيروت ,دار المعرفة الجامعية.

١٣. ألان كازدين ترجمة عادل عبد الله(٢٠٠٠):الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين ,القاهرة.مكتبة مبارك العامة.

١٤. الزبير بن عون (٢٠٠٩): المراهقة:Adolescence [الإنترنت]. النسخة ٣. Knol. ٢٠٠٩ أكتوبر ١٩. متوفرة من خلال: http://knol.google.com/k/الزبير-بن-عون/المراهقة/١١ b6lrexno3hf/31.

١٥. الفت حقي (١٩٩٥): الاضطراب النفسي - التشخيص والعلاج والوقاية,ج١, الإسكندرية, مركز الإسكندرية للكتاب.

١٦. الفريد أدلر ترجمة عادل نجيب بشرى (٢٠٠٥): معنى الحياة,المجلس الأعلى للثقافة,المشروع القومي للترجمة العدد٧٠٩,القاهرة.

١٧. آمال عبد السميع باظة (١٩٩٦):الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية, القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.

١٨. آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣): الأطفال والمراهقون المعرضون للخطر, القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

١٩. إيمان حسنى حافظ (٢٠٠٢): برنامج مقترح لتخفيف حدة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السكر باستخدام اللعب . رسالة ماجستير غير منشورة,معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.

٢٠. إيهاب محمد حسن غرابة (٢٠٠٣): فاعلية برنامج عقلانى انفعالي في رفع درجة قوة الأنا وخفض حدة القلق لدى عينة من

المراهقين. رسالة دكتوراه غير منشورة, معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.
٢١. تشارلز شيفر، هوارد ميلمان ترجمة نزيه حمد,نسيمه داوود (١٩٩٩): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها,عمان,مطبعة الجامعة الأردنية.
٢٢. جمال تفاحة (١٩٩٦): الأمراض السيكوسوماتية, رسالة دكتوراه غير منشورة ,معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.
٢٣. جمعة سيد يوسف د.ت: الاضطرابات السلوكية وعلاجها, القاهرة, غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
٢٤. حامد زهران (١٩٩٠): علم نفس النمو(الطفولة والمراهقة) ,ط٥ ,القاهرة , عالم الكتب.
٢٥. حامد زهران (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي ,ط٣ , القاهرة ,عالم الكتب.
٢٦. حامد زهران (١٩٩٨): التوجيه والإرشاد النفسي,عالم الكتب ,القاهرة.
٢٧. حامد زهران , محمد حلمي المليجى, محمد عبد الظاهر الطيب (٢٠٠٠): الصحة النفسية, القاهرة ,مطابع النور باك.
٢٨. حامد ضيف الله ألغامدي (١٩٩٦): الاكتئاب النفسي وعلاقته بالتذكر لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بالمنطقة الغربية ,رسالة ماجستير غير منشورة , المملكة العربية السعودية.
٢٩. حسن عبد المعطي (٢٠٠١): موسوعة علم النفس العيادي (٤)الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب-التشخيص-العلاج, القاهرة, دار القاهرة.
٣٠. حنان العناني (١٩٩٥): الصحة النفسية للطفل ,ط ٢, القاهرة ,دار الفكر العربي.
٣١. خالد طمان,مجدي كرم,صلاح مصطفى,عمر الشوربجي(٢٠٠٩): أمراض الأطفال, معهد الدراسات العليا للطفولة,جامعة عين شمس.

٣٢. ديفيد بارلو. ترجمة صفوت فرج (٢٠٠٢):مرجع اكلينيكى في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي .القاهرة ,مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٣. راوية احمد شتا (٢٠٠٦):حاجات المراهقين الثقافية والإعلامية ,الإسكندرية ,مركز الإسكندرية للكتاب .
٣٤. رفاه لمفون (٢٠٠٩):
http://www.4shbab.com/index.cfm?do=cms.conarticle&contentid=3&categoryid=388
٣٥. زكريا الشر بيني (٢٠٠١): الاكتئاب – الأسباب والمرض والعلاج . لبنان , بيروت ,دار النهضة العربية.
٣٦. زكريا الشربينى (١٩٩٤): المشكلات النفسية عند الأطفال ,القاهرة دار الفكر العربي .
٣٧. س. ه باترسون ترجمة حامد عبد العزيز الفقي (١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ج٢,الكويت, دار العلم.
٣٨. سالم سعيد الشهري (١٩٩٦): الالتزام الديني في الإسلام وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب جامعة أم القرى بمكة المكرمة,رسالة ماجستير غير منشورة , جامعة أم القرى ,مكة المكرمة ,المملكة العربية السعودية.
٣٩. سامي هنا (١٩٧٨): الشخصية السوية والمرضية, القاهرة, دار الثقافة للطباعة والنشر.
٤٠. سعد جلال (١٩٨٦): في الصحة العقلية. الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية, القاهرة, دار الفكر العربي.
٤١. سعدية بهادر (١٩٩٤): في علم نفس النمو, ط١٠, القاهرة, مطبعة مدني.
٤٢. سفيان أبو نجيلة (٢٠٠٦): مستوى ومظاهر العنف الزوجي الموجه ضد الزوجة وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والسياسية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٦ (٥٠) ٨٢: ١٨٦.

٤٣. سهام درويش أبو عطية (١٩٨٨): مبادئ الإرشاد النفسي, الكويت دار القلم.

٤٤. سهير كامل احمد (١٩٩٨): دراسات في سيكولوجية علم النفس المرضى ,ج٤,الإسكندرية,مركز الإسكندرية للكتاب.

٤٥. سيجموند فرويد ترجمة عثمان نجاتي (١٩٨٩): الكف والعرض والقلق. ط٤, القاهرة , مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٦. شاكر عبد الحميد (١٩٩٥):علم نفس الإبداع ,القاهرة ,دار الغريب للطباعة والنشر.

٤٧. شيلدون كاشدان ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، دت: علم نفس الشواذ, ط٣,القاهرة, دار الشروق.

٤٨. عادل الاشول (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة, القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٩. عادل المدني وعلي إسماعيل (٢٠٠٨): يوميات مراهق، الهيئة الإنجيلية للخدمات الاجتماعية .

٥٠. عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧): تنمية الذكاء الإنساني, سلسلة الفلسفة والعلم,ع٤, الهيئة العامة لقصور الثقافة, الأمل للطباعة والنشر.

٥١. عبد الرحمن العيسوي (٢٠٠٣): مشكلات الطفولة والمراهقة أسسها الفسيولوجية والنفسية ,بيروت,لبنان,دار العلوم العربية.

٥٢. عبد الرحمن العيسوي (٢٠٠٩): علم النفس الأسرى, القاهرة, دار أسامه للنشر والتوزيع.

٥٣. عبد الرقيب البحيري(٢٠٠٥): قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90) ,مركز الإرشاد النفسي والتربوي,جامعة أسيوط.

٥٤. عبد الستار إبراهيم (١٩٨٣): علم النفس الاكلينيكى مناهج التشخيص والعلاج النفسي,الرياض,دار المريخ للنشر.

٥٥. عبد السلام احمدي(١٩٩٦): الشروط المسئولة عن الإدمان وتعاطي المخدرات, مجلة علم النفس ,ع٦,القاهرة,الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٥٦. عبد العزيز القوصى (١٩٩٠): مشكلات وصور نفسية, القاهرة, دار المعارف.
٥٧. عبد العزيز مختار (١٩٩٢): بحوث في الخدمة الاجتماعية, القاهرة, دار الحكيم للطباعة والنشر.
٥٨. عبد الله عسكر (٢٠٠١): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
٥٩. عبد الوهاب مشرب الأنديجاني (١٩٩٩): الاكتئاب لدى عينة من تلاميذ الصف السادس الابتدائي بمدينة مكة المكرمة في ضوء بعض المتغيرات ,رسالة ماجستير غير منشورة,المملكة العربية السعودية.
٦٠. عديله حسن طاهر تونسي (٢٠٠٢): القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة , رسالة ماجستير غير منشورة ,جامعة أم القرى ,مكة المكرمة,المملكة العربية السعودية.
٦١. علاء الدين كفافى (١٩٩٠): الصحة النفسية, ط٣, القاهرة, هجر للطباعة والنشر.
٦٢. على إسماعيل (٢٠٠٩):
http://media.kenanaonline.com/files/0002/2069/adelocents.doc
٦٣. غريب عبد الفتاح (٢٠٠٢): الاكتئاب ومركز الضبط لدى عينة مصرية من الراشدين ,المجلة المصرية للدراسات النفسية ,مكتبة الأنجلو المصرية, العدد٣٤,المجلد١٢,فبراير٢٠٠٢.
٦٤. غريب عبد الفتاح (٢٠٠٧): الاكتئاب ,المجلة المصرية للدراسات النفسية , العدد٥٦,المجلد١٧,يوليو٢٠٠٧.

٦٥. فؤاد أبو حطب وأمال صادق (١٩٩٠): نمو الإنسان مـن مرحلـة الجنين إلى مرحلة المسنيين, القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.
٦٦. فؤاد البهي السيد (١٩٩٧): علم النفس الاجتمـاعي,القـاهرة ,دار الفكر العربي.
٦٧. فايز الأسود (١٩٩٠): المشكلات الدراسية والنفسية والاجتماعيـة لطلبة الدراسات العليا بمعهد الخرطوم للغة العربية,رسالة ماجستير غير منشورة, معهد الخرطوم ,جامعة الدول العربية.
٦٨. فيـولا مـوريس (٢٠١٠): الأمزجـة المضـطربة ٠٤-٠٢-٢٠١٠،٠٣:١٠pm :
http://www.hdrmut.net/vb/t356032.html
٦٩. فيوليت إبراهيم (٢٠٠٥): مناهج البحث ,القاهرة ,مكتبـة الأنجلـو المصرية.
٧٠. قاموس أطلس الموسوعي (٢٠٠٢): القاهرة, دار أطلس للطباعـة والنشر.
٧١. كامل المعا يطه (١٩٩٦): علم نفس النمـو, بيـروت, لبنـان, دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع.
٧٢. كريسـتين نصـار (٢٠٠٦): كيـف نواجـه الاكتئـاب, بيروت,لبنان,شركة المطبوعات للتوزيع والنشر.
٧٣. كلير فهيم (١٩٩٩):الاضـطرابات النفسـية للأطفـال الأسـباب والأعراض والعلاج, القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.
٧٤. ليدزاى وبول ترجمة صفوت فرج (٢٠٠٠): مرجع في علم النفس الاكلينيكى للراشدين , القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.
٧٥. ليندا دافيدوف ترجمة سـيد الطـواب ومحمـود عمـر(٢٠٠٠): الشخصية والدافعية والانفعالات ,القاهرة, الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.
٧٦. مجدي أحمد عبد الله (٢٠٠٨): علم نفس الصحة وعلاقته بالطـب السلوكي , القاهرة , دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.

٧٧. مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٢): سيكولوجية النمو من الطفولة إلى المراهقة , القاهرة ,مكتبة الأنجلو المصرية.

٧٨. محمد المهدي (٢٠٠٧): الصحة النفسية للأطفال ,القاهرة ,مكتبة الأنجلو المصرية.

٧٩. محمد رضا الشرفي (١٩٩٨): دنيا المراهقات, بيروت, لبنان , دار النبلاء.

٨٠. محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٦): تيارات جديدة في العلاج النفسي, ط ٥, الإسكندرية, دار المعرفة الجامعية.

٨١. محمد محروس الشناوي (١٩٩٦): العملية الإرشادية ,القاهرة , دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٨٢. محمود حمودة (١٩٩٦): الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج, ط٢, القاهرة, المطبعة الفنية.

٨٣. محمود حمودة (٢٠٠٥): الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج، ط٣, القاهرة , مكتبة الأنجلو المصرية.

٨٤. محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨): الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج,ط٢,القاهرة, المطبعة الفنية.

٨٥. مصطفى الحسيني النجار (٢٠٠١):المشكلات الأسرية لطلبة جامعة الإمارات كمؤشرات لتحديد دور خدمة الفرد في مواجهتها ,المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر ,الخدمة الاجتماعية ومنظمات المجتمع المدني ,كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ,جامعة القاهرة,٢-٣ مايو,ص١٦٧٣-١٧٤٣.

٨٦. مصطفى الحسيني النجار(١٩٩٦): خدمة الفرد بين النظرية والتطبيق, القاهرة, دار النهضة العربية.

٨٧. مصطفى سويف د.ت: الأسس النفسية للتكامل الاجتماعي, ط ٥, القاهرة, دار المعارف للطباعة والنشر والتوزيع.

٨٨. المعجم الوسيط (١٩٩٠): مجمع اللغة العربية ,ط٣,ج٢, القاهرة.

٨٩. منظمة الصحة العالمية ترجمة وحدة الطب النفسي (١٩٩٩): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض.تصنيف الأمراض النفسية والسلوكية (ICD-10) , كلية الطب ,جامعة عين شمس.
٩٠. منن عبد المقصود ربيع (٢٠٠٥): دراسة المرضية النفسية والاضطراب المعرفي والعلامات العصبية اللينة في مرضى الاضطراب الثنائي وأقاربهم من الدرجة الأولى,رسالة ماجستير غير منشورة ,كلية الطب ,جامعة عين شمس.
٩١. مها صالح ألحمري (٢٠٠١):فاعلية اسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية. رسالة ماجستير غير منشورة.جامعة أم القرى ,المملكة العربية السعودية.
٩٢. مي يحيي الرخاوي (٢٠٠٢):الأعراض الإكلينيكية والاضطرابات النفسية لدى أطفال الآباء الفصاميين, رسالة دكتوراه غير منشورة, معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.
٩٣. هنري شابرول ترجمة سليمان قعفراني(١٩٩٨): المراهقة والاكتئاب , بيروت,لبنان, عويدات للطباعة والنشر.
٩٤. وليد الخطيب سرحان ,محمد جمال حباشنة (٢٠٠١): الاكتئاب,عمان,الأردن, دار مجدلاوى للنشر.

ثانيا: المراجع الأجنبية

95. Aaron H Esman, (1990): Adolescence and Culture, Columbia University, M.D press, New York Oxford.
96. American Psychiatric Associated Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV-IR2000.
97. Ammerman, R. T., Hersen, M., (1995): Handbook of Child Behavior Therapy in the Psychiatric Setting, Canada: John wiley & Sns, Inc. pp 7-10.

98. Audie Henin, (2010): Familial Neurobiological and Cognitive risk Factors for Bipolar Disorder in Youth. Harvard University October2010. Lecture for the Warren Frontiers of Neuroscience Series on 5 Oct 2010. /2010/10/riskfactorsinchildren-with-bipolar.ht spot.com http://ar ml. http:// brainposts. blog

99. Barner, Faye R, (2007):The effects of recurrent biological maternal bipolar disorder on female adolescent well-being. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol 68 (1-B), 2007, pp. 646.-

100. Bettina E Bernstein, (2010) ,Bipolar Disorder, www.emedicine.com/ped/topic240.htm http://www.focusas.com/Bipolar Disorder.html.

101. Biderman et al, (2010): http:// www.nhyaan.net

102. Biederman , Joseph; Petty, Carter R; Wilens, Timothy E; Spencer, Thomas; Henin, Aude; Faraone, Stephen V; Mick, Eric; Monuteaux, Michael C; Kenealy, Deborah; Mirto, Tara; Wozniak, janet. (2009): Examination of concordance between maternal and youth reports in the diagnosis of pediatric bipolar disorder. Bipolar Disorders. Vol 11(3) May 2009,298-306.

103. Bipolar Disorder in Children: Keep Kids Healthy Conditions http://www.keepkidshealthy.com/welcome/conditio

ns/bipolar-disorder.html
Bipolar Disoder in children, including a discussion of common symptoms of depressed and manic phase, diagnosis and treatment 15-06-2011

104. Birmaher, Boris; Axelson, David; Goldstein, Benjamin; Monk, Kelly; Kalas, Catherine; Obreja, Mihaela; Hickey, Mary Beth; Iyengar, Satish; Brent, David; Shamseddeen, Wael; Diler, Rasim; Kupfer, David. (2010), Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). The American Journal of Psychiatry. Vol.167(3), Mar 2010, pp. 321-330.
105. Birmaher, Boris; Axelson, David; Goldstein, Benjamin; Monk, Kelly; Kalas, Catherine; Obreja, Mihaela; Hickey, Mary Beth; Iyengar, Satish; Brent, David; Shamseddeen, Wael; Diler, Rasim; Kupfer, David (2010): Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study The American Journal of Psychiatry. Vol.167(3), Mar 2010, pp. 321-330.
106. Cantwell, D. (1979): Children of Psychiatry Disturbed Parents, Archives of General Psychiatry, vol 36: p.p691-695.
107. Chang, Kiki D; Saxena, Kirti; Howe, Meghan; Simeonova, Diana. (2010): Psychotropic medication

exposure and age at onset of bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. Vol.20(1), Feb 2010, pp. 25-32

١٠٨. C.-D. CS Ostiguy, MA Ellenbogen, الحساسية أن أؤكد بين نسل الآباء مع الاضطراب الثنائي القطب: دراسة مستويات الكورتيزول النهارالطب النفسي

10.1017/S0033291711000523 Walker, EF Walker, S.Hodgins . Sensitivity to stress among the offspring of parents with bipolar disorder: a study of daytime cortisol levels . Psychological Medicine ١ :;٢٠١١ , DOI

109. David Cicero, Sher and Amee Apler(2009): Young Adults May out grow Bipolar Disorder. University ofMissouri- Columbia.September29, Science Daily Retrieved April 13, 2011.

110. Elhosiny, Abeer Mohamed Khater (2008): Bipolar Spectrum Disorder, M.D., Mansoura University: Faculty of Medicine.

111. Evans, D.&, (2005): Depression and Bipolar Disorder . In Dwight L.Evans et al Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorder. New York: Oxford University Press.

112. Freud,s, (1976): Introductory Lectures On Psychoanalysis General, Ed --Angela Pichards, The Pelican Freud Library, vol.1 pengum books.p.297

113. Geller, Barbara, Zimerman, Betsy, Williams, Marlene, Del Bello, Melissa P, Bolhofner, Kristine, Craney, James L, Ffrazier Jeanne, Beringer, Linda, Nickelsburg, Michael J. (2002): DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and ear ly adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. Vol 12(1) Spr 2002, 11-25
114. Goldberg, Jodie (2009): Helping young children understand a. mothers bipolar disorder: A children's book. Dissertation Abstract International: section B: The Sciences and Engineering. Vol 69(8-B), 2009, pp.5026
115. Goldstein, Tina Renee, (2003): Social skills deficits among adolescents with bipolar disorder. Section 0051,part 0622 51pages, (Ph.D dissertation). United States- Colorado: University of Colorado at Boulder, Publlication Number: AAT00087542.
116. Gonzales, RexR, (2004): Bipolar affective disorder: An investigation of psychosocial risk factors among children and adolescents. Section 0240, part 0525 152pags(Ph.D. dissertation). United States- Utah: The University of utah2004
117. Goodman,S & Gotlip,I (2002): Children of Depressed Parents: Mechanisms of Risk and

Implications for Treatment. Washington, C: American Psychological Association.

118. Haggerty,M.&Others, (1994): Stress Risk and Resilience in Children and Adolescents, New York: Cambridge University Press.

119. Hammen, Constance; Burge. Dorli; Burney, Elizabeth; Adrian, Cheri (1990): Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. Archives of Journal Psychiatry, vol47(12), Dec, 1990. pp. 1112-1117. (Journal Article).

120. Hazalk & Young, (2001): Issues of access and identity; ASAP ting re-search Methods with Kampala street children, child hood, A. Global Journal of child Research. Aug. vol.8(3) -p383-395.

121. http://ar.wikipedia.org/wiki

122. http://www.emedicine.com/ped/topic٢٤٠.htm-

123. http://www.keepkidshealthy.com/welcome/conditions/bipolar-disorder.html

124. Jclin, Anne Duffy; M.D; M.Sc. Martin Alda, MD ;stan Kutcher, M.D. Patrizia Cavazzoni; M.D;CarrieRobertson, P.A; Eva Grof; M.D; and Paul Grof;M.D; Ph.D; (2002): Prospective Study of the Offspring of Bipolar Parents. Responsive and Nonresponsive to Lithium Treatment Departmentof Psychiatry, University of Ottawa, Royal Ottawa

Hospital , 1145carling, Ave Ottawa Ontario, Canada; vol63; p.p: 1171-1178.

125. Johnson, Jeffrey G; Cohen, Patricia; Brook, Judith S.(2000): Associations between bipolar disorder and other psychiatric disorders during adolescence and early adulthood: A community-based longitudinal investigation. American Journal of Psychiatry, vol 157(10), Oct, 2000. pp. 1679-1681.

126. Kaplan, I. Sadock, J. (1997): Concise textbook of clinical psychiatry, 7th Harold Kaplan Benjamin J. Sadock puplishing co, middle east edition.

127. Karen Dineen (2010): Offspring of Parents With Bipolar http://www.Psychiatrictimes.combipolar-disorder/content /articl/ 10168/1490412

128. Kazadin A.E(1990): Treated Children with Conduct Disorders, Journal Child Psycho- Psych.

129. Kessler RC, Lee. S, Sampson. Na, Viana. MC, Andrade. LH, Karam.AG, Ladea. M, Medina. ME, One. Y, Posada-Villa. J, Sagar. R, Wells. JE, Zarkov. Z(2011): Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initivative Archives of General Psychiatry, 2011, 68(3): 241 DOI: 10.1001-archgenpsychiatry. 2011. 12.

130. Kosten, Thomas R., Kosten, Therese A(2004): New medication strategies for comorbid substance use and bipolar affective disorders. Biological

psychiatry, Nov2004, Vol. 56 Issue 10, bb771-77, 7p.

131. Linnen, Ann Marie; aan het Rot, Marije; Ellenbogen, Mark A; Young, Simon N. (2009): personal functioning among adolescent offspring of Disorders. Vol.114(1-3), Apr 2009, pp. 122-130

132. Lrving I.Gouesman,Thomas Munk, Laursen, Aksel Betelsen (2010): Offspring of Tow Psychiatric Patients Have Increased Risk of Developing Mental Disorders. Ph.D.Hon.FRC Psch.,of university of Minnesota Medical School. Minnea Polis. Science Daily. Sever Mental Disorders Offspring arch gen psychiatry,2010; vol67(3):p.p252-257.

133. Mayer & Stephanie (2002): Developmental pathways to bipolar disorder. Prospective Study. . Dissertation Abstract International: section B: The Sciences and Engineering. Vol 63(5-B), Nov 2002, pp.2623.

134. Menezes, P. R; Lewis, G; Rasmussen, F; Zammit, S; Sipos, A; Harrison, G. L; Tynelius, P; Gunnell, D.et al, (2009): Paternal and maternal ages at conception and risk of bipolar affective disorder in their offspring. Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences. Vol.40(3), Mar 2010, pp. 477-485.

135. Meyer, Stephanie E; Carlson, Gabrielle A; Wiggs, Edythe A; Ronsaville, Donna S; Martinez, Pedro E;

Klimes-Dougan, Bonnie; Gold, Philip W; Radke-Yarrow, Marian. (2006): A prospective high-risk study of the association among maternal negativity, apparent frontal lobe dysfunction, and the development of bipolar disorder. Development and Psychopathology. Vol 18(2) Spr 2006, 573-589.

136. Michael,S. & Others, (1991):Screening for Dysfunction in the Children of Outpatients at a Psychopharmacology Clinic, American Journal of Psychiatry, vol 148:p.p1031-1036.

137. Mowbray, Carol T; Orion P. (2006): Psychosocial outcomes of adult children of mothers with depression and bipolar disorder. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. Vol 14(3) Fal 2006, 130-142.

138. Mrazek,davidA, (2002): Psychiatric Disturbancesin Children of Parents with Bipolar Disorder: journal of Psychiatric practice, July 2002-vol8-Issue4-pp196-204.

139. Moustafa, Nisrin El-Saadouni ; supervision Zeinab Abu El Fotoh Gomaa, Wafaa Abd El-Hakim El-Bahaey, Farha Abd El-Aziz El Shenawy and Vishwajit L. Nimgaonkar,2011): ogical and genetic study of bipolar disorder with psychotic features Nuerdogiacroatica, (2005): vol(54), Issue2.

140. Ostiguy, Caroline S; Ellenbogen, Mark A; Linnen, Anne-Marie; Walker, Elaine F; Hammen,

Constance; Hodgins, Sheilagh. (2009): Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder Journal of Affective Disorders. Vol.114(1-3), Apr 2009, pp. 74-84.

141. Pai,s.& Kapar,R.L. (1981): The Burden of The Family of Psychiatric Patient: Development of an Interview Schedule ,British Journal of Psychiatry, vol 138:p.p332-335.

142. Papolose, Demitri F.; Faedda, Gianni L.; Veit, Sabine; Goldberg, Rosali (1996): Bipolar spectrum disorder in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome. The American Journal of Psychiatry, vol 153(12), Dec, 1996. pp. 1541-1547. (Journal Article).

143. Rachman, S. and Hodgson, R. J. (1980): Obsessions and Compulsions, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

144. Rasmussen, S. A. and Tsuang, M. T. (1996): Clinicalc characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorders, American Journal of Psychiatry, 143: 317-322.

145. Reinert H.. (1980): Children in Conflict Educational Strategies for The Emotionally Disturbed and Behavior Disordered Mo spy st. Loouis.p.18 .

146. Rhee H, Miles Ms, Halpemsct, Holditch. Davis D (2005): Prevalence of recurrent physical symptoms iUS adolescents: DePartment of family, community

and Mmental Health Systems, School of Nursing. Yniversity of Virginia, charlottes vill, va, USA.

147. Rod plotnik, (1996): Introduction to Pswchology, 4th T.M Edition, USA Books Code Pybleshing Company p.373.
148. Rutter ,M.& Others, (1975): Attainment and Adjustment in tow Geographical Areas, Some Factors Accounting Area Differences, British Journal of Psychiatry, vol 125:p.p520-533.
149. Rutter, M., Taylor, E., Lionel, A.(1994): Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches, London: Blackwell Scientific Publications.
150. Salkovskis, P. M. and Harrison, J. (1984): Abnormal and normal obsessions: A replication, Pehaviour Research and Therapy22: pp549-552.
151. Şeza ozgurdala,Elisabeth van harena,marta hauser b (2009): Early Mood Swings as Symptoms of The Bipolar Prodrome: Preliminary Results of a Retrospective Analysis.Psychopathology2009 vol42,no5.
152. Smith Simko, Tracy Lynne (2004): Attachment, Social support competencies, and vulnerability to affective symptomatology among adolescent offspring of bipolar disordered parents. Dissertation Abstract International: section B: The Sciences and Engineering. Vol 64(12-B), 2004, pp.6360.

153. Smoller. Jw, Gardner. Schusler E, Covino J (2008): The Genatic basis of panic and phobic anxiety disorder, Harvard Medical School, Psychiatric Genetics Program in Mood and Anxiety Disorders, Massachees General Hospital, Boston, MA, USA.
154. Stone, I. J. & Church. J.,(1990): Childhood and Adolescents a psychology of the growing person. Addition, 2nd, New York: random-house.inc.
155. The British Journal of psychiatry; (2009): doi:10,1192/bjp.bp.108,062810,457-458,vol195/http://doc5.mdco.ca/duffy-et-al-Early-cowrse.bjpno2009.pdf
156. Tijssen et al., (2010): Development-environment interactions between genes: a model for psychosis Daily health Reviews 1-9-2010,pp17-48.
157. Todd, Richard D.; Reich, Wendy; Petti Theodore; Joshi, Paramjit (1996): Psychiatric diagnoses in the child and adolescent members of extended families identified through adult bipolar affective disorder probands. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol 35(5), May, 1996. pp. 664-671. (Journal Article).
158. Tokuyamaakhihiro, (2000): coll. Nursing.(JPN) Jnara Med Assoc Journal. Vol 51 no 5 pp 398-405.
159. Venkataraman, Meenakshi (2006): Parenting among mothers with bipolar disorder. Proquest Dissertations And Theses 2006. Section 0090, Part

0452 249 pages; (Ph.D. dissertation). United States—Illinois: University of Illinois at Urbana-Champaign; 2006.

160. Videbeck, (2004): Psychiatric Mental Health Nursing 2nd edition.
161. Warda Fathy Abo El Ezz (2007): Sociodemographic and Symptoms Profile Study of Mood Disorders in Rural Versus Urban Areas in Dakahlia, M.D., Mansoura University: Faculty of Medicine.
162. Welsh, L (1983): The effects of three treatments which incorporate rational-emotive techniques locus of control and assertion behavior in adult women dissertation Abs intenternationol vol.44(4).
163. William, T. Goldman (2010): Bipolar Disorder: http://www.keepkidshealthy.com/welcome/conditions/bipolar-disorder.html
164. wolf, S (1990): Psychiatric Disorder of Childhood in Kandell, R. E. and Zealley , A. K. (E. D.) companion to psychiatric studies. London: Churchill living stone.
165. World health organization (1992): Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Geneva: World Health Organization: Division of Mental Health.
166. www.bipolar2.com
167. Young, Ewa M. Wisniewska, Ferrier, I. Nicol (2006): Bibolar affective disorder- An update for

primary care. Primary Care & Community Psychiatry, vol 11(2),pp.93-96..

168. http://www.keepkidshealthy.com/welcome/conditions/bipolar-disorder.html

169. Bipolar Disorder in Children: Keep Kids Healthy Conditions
Bipolar Disoder in children, including a discussion of common symptoms of depressed and manic phase, diagnosis and treatment.

الفهرس

دراسات الطفولة والصحة النفسية

هذا الكتاب

يمثل الكتاب اطلالة علمية، اعدت لمساعدة أي فرد سواء القارئ المتخصص أو القارئ العادي في التعرف علي العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية متضمنا: "الوهن العصبي" و"الوسواس القهري" و"القلق الاجتماعي" و"الاكتئاب" و"القلق" و"العدوان" و"قلق الخواف" و"البارانويا التخيلية" و"الذهانية" و"الاضطراب الوجداني ثنائي القطب"، وينفرد الكتاب بعرض لأحدث نتائج الأبحاث المحلية والعالمية التي جرت بشأن ابناء المرضي العقليين وما يتعرضون له من اضطرابات نفسية أو عقلية سواء بفعل الوراثة أو التعايش البيئى، كما يتميز بتقديم العديد من دراسات الحالة الواقعية لأفراد امتد اليهم الاضطراب العقلي..

ويلاحظ القارئ المتخصص ان مؤلفته استخدمت منهجا علميا في شرحه واعداده مع مراعاة السلاسة والبساطة في تقديمه تيسيرا علي القارئ العادي.. لذا يعد الكتاب دليلا علميا قيما يدق ناقوس الخطر لينتبه الجميع لضرورة التعرف والتمييز بين العديد من الاضطرابات وسرعة اكتشافها والحيلولة ضد وقوعها.

I.S.B.N. 978-977-276-690-1



المكتب العربي للمعارف